

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**

Especialização em Saúde da Família

Modalidade a Distância

Turma 8



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na UBS/ESF Área Portuária, Santana/AP

Norlys Rogelio Valdés Fleitas

Pelotas, 2015

Norlys Rogelio Valdés Fleitas

Melhoria da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS/ESF Área Portuária, Santana/AP

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Ana Guilhermina Machado Reis

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

F596m Fleitas, Norlys Rogelio Valdés

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS/ESF Área Portuária, Santana/AP / Norlys Rogelio Valdés Fleitas; Ana Guilhermina Machado Reis, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

98 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Reis, Ana Guilhermina Machado, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a minha família
em especial a minha esposa.

Agradecimentos

Agradeço a minha professora pelo tempo dedicado, a minha comunidade, aos usuários da minha UBS pelo apoio, a minha equipe por acreditar em meu trabalho, ao gestor municipal, à equipe UNASUS e da UFPEL e ao Ministério de Saúde do Brasil.

Resumo

FLEITAS, Norlys Rogelio Valdes. **Melhoria da atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na UBS/ESF Área Portuária, Santana/AP.2015** 104f Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

No Brasil, a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus constituem a primeira causa de hospitalizações no sistema público de saúde. No mundo inteiro, as duas doenças são os primeiros fatores de risco de mortalidade por complicações desencadeadas por elas, repercutindo social e economicamente. Através desses dados, houve a necessidade da realização desta intervenção assistencial e educativa com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na UBS/ESF Área Portuária, Santana, no estado de Amapá, durante um período de 16 semanas. Os protocolos do Ministério da Saúde, cadernos de atenção básica nº 36 e 37 foram as referências utilizadas para a realização da parte teórica do projeto. As ações foram realizadas em quatro eixos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. As ações incluíram o cadastramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos no programa de Hiperdia, o acompanhamento dos indicadores, a realização de atividades educativas e capacitações da equipe de saúde da família. Foram cobertos pela intervenção 284 indivíduos diagnosticados com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, com o preenchimento de informações na Planilha de Coleta de Dados fornecida pelo curso para a equipe de saúde. Ao final da intervenção, a cobertura foi de 213 para os usuários hipertensos e para os diabéticos 71, também 50% dos usuários apresentaram antecedentes familiares destas doenças crônicas. Cerca de 90% dos usuários utilizam os medicamentos da farmácia popular/Hiperdia. Foi realizada a busca ativa dos faltosos às consultas, assim como avaliação clínica do risco cardiovascular através de exame físico e interrogatório. Espera-se que a gestão municipal de saúde apoie e fortaleça este tipo de ação para os demais profissionais e equipes e que continue estabelecida a intervenção na rotina da equipe de saúde, para que a comunidade se aproprie da proposta, contribuindo assim com sua continuidade e aperfeiçoamento.

Palavras-chave: Saúde da família; Atenção Primária à Saúde; Doenças Crônicas não Transmissíveis, Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus.

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico indicativo da evolução mensal da cobertura do programa de atenção aos portadores de hipertensão arterial na UBS/ESF Área Portuária, Santana/AP.2015	71
Figura 2	Gráfico indicativo da evolução mensal da cobertura do programa de atenção aos portadores de diabetes mellitus na UBS/ESF Área Portuária, Santana/AP.2015	72
Figura 3	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS/ESF Área Portuária, Santana/AP.2015	73
Figura 4	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS/ESF Área Portuária, Santana/AP.2015	74
Figura 5	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia na UBS/ESF Área Portuária, Santana/AP. .2015	75
Figura 6	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia na UBS/ESF Área Portuária, Santana/AP. .2015	75
Figura 7	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS/ESF Área Portuária, Santana/AP. .2015	76
Figura 8	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS/ESF Área Portuária, Santana/AP. .2015	77
Figura 9	Fotografias de atendimento clínico na UBS.	93
Figura 10	Fotografias de uma ação de saúde em parceria com o NASF na comunidade	93

Lista de abreviaturas

ACS	Agente Comunitário da Saúde
AP	Amapá
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DANT	Doenças e Agravos não Transmissíveis
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
ECG	Eletrocardiograma
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistólica
HIPERDIA	Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica
LACEM	Laboratório Central da Saúde Pública do Estado do Amapá
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SAME	Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
UBS	Unidade Básica de Saúde

Sumário

Apresentação.....	10
1 Análise Situacional.....	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	13
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	26
2 Análise Estratégica	27
2.1 Justificativa	27
2.2 Objetivos e metas.....	29
2.2.1 Objetivo geral	29
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	29
2.3 Metodologia	31
2.3.1 Detalhamento das ações	31
2.3.2 Indicadores.....	58
2.3.3 Logística.....	64
2.3.4 Cronograma.....	66
3 Relatório da Intervenção	67
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	67
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	68
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	69
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	69
4 Avaliação da intervenção	70
4.1 Resultados	70
4.2 Discussão.....	80
5 Relatório da intervenção para gestores	83
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	86
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	89
Referências	91
Apêndices	92
Anexos.....	94
Anexo A - Documento do comitê de ética	95
Anexo B - Planilha de coleta de dados.....	96
Anexo C – Ficha espelho frente e Verso	97
Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias	98

Apresentação

Este volume apresenta o Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família modalidade à distância da Universidade Aberta do SUS-UNASUS/ Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) é o resultado das atividades que foram desenvolvidas durante as Unidades de Ensino que integram o Projeto Pedagógico do curso.

O conteúdo trata de uma intervenção realizada em a UBS Área Portuária a qual se encontra situada na Área Portuária no município de Santana/AP que segue o modelo de Equipe de Saúde da Família (ESF). O curso fora desenvolvido em cinco unidades de estudo e o Trabalho de Conclusão de Curso ora apresentado fora construído ao longo de todo curso, simultânea e articuladamente às unidades de estudo e é o produto final de todo este processo.

A análise situacional, descrita no capítulo 1, teve início com a avaliação do município de Santana-AP, o território da UBS Área Portuária, condições da equipe de saúde, instalações físicas, materiais e insumos e atribuições dos profissionais. O capítulo 2 abrange a análise estratégica, através da organização de objetivos, metas e metodologia a serem aplicadas para a ação programática escolhida como foco da intervenção. Nessa seção foram organizadas também as ações propostas, indicadores e o cronograma das atividades a desenvolver. O capítulo 3 é composto pelo relatório da intervenção, com a abordagem das ações que foram ou não realizadas e a possibilidade da incorporação das atividades na rotina do serviço. No capítulo 4 realiza-se uma apresentação da intervenção, com uma análise e discussão dos resultados, através da exposição de gráficos, junto a um relatório para o gestor e comunidade. No capítulo 5, relatório da intervenção para gestores, no capítulo 6 está o relatório para a comunidade e a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no capítulo 7. O volume também contém apêndices com fotos de ações realizadas e, nos anexos, materiais utilizados durante a intervenção.

Por último, será apresentada a bibliografia utilizada e os anexos e apêndices que foram utilizados durante a intervenção.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A UBS Área Portuária se encontra situada na Área Portuária no município de Santana/AP está vinculada com o Sistema Único de Saúde pela Prefeitura e segue o modelo de Equipe de Saúde da Família (ESF). Conta com duas equipes de saúde formadas por um médico clínico geral, uma enfermeira, um técnico em enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS). Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento aproximadamente de 3 mil habitantes de uma determinada área, a atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se com porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde. Estruturalmente nossa UBS tem as condições mínimas e indispensáveis, tais como: sala de enfermeira, três consultórios médicos, sala para vacina, sala para coleta de exames, consultório odontológico. A sala de espera é um espaço grande e compartilhado com a recepção, também tem uma sala para triagem, tem farmácia, uma sala para o Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico (SAME), tem banheiros para usuários, sala de reuniões e uma sala onde fica a direção. As salas da UBS são organizadas e limpas. Os consultórios médicos têm climatização. Porém, somente um consultório médico tem sanitário. Isto oferece desvantagens porque os profissionais precisam lavar suas mãos depois de fazer exame físico a cada usuário. Todos têm iluminação natural pelas janelas e também artificial. As janelas das salas da UBS não têm telas mosquiteiras, isto permite a entrada dos mosquitos, o que poderá ajudar a propagar doenças.

Todas as paredes são laváveis, temos banheiros para funcionários, usuários e deficientes. A limpeza é diária. A ambientação da sala de espera dos usuários não é adequada porque tem pouca ventilação de ar e isto favorece a transmissão de

doenças respiratórias. Seria ótima a presença de ventilação artificial para solucionar este problema.

Não existem corrimãos nas rampas ou corredores para auxiliar no acesso de usuários com mobilidade reduzida, isto facilita acidentes nestas pessoas e dificulta a atenção deles. Temos uma insuficiente disponibilidade de equipamentos e instrumental e os mesmos tem condições insatisfatórias para seu uso, já que não temos no município existência de um sistema de manutenção e reposição de equipamentos, instrumentos e mobiliário, também não contamos com a revisão da calibragem de esfigmomanômetros e balanças resultam que o sistema de reposição de material de consumo é muito insuficiente.

Não temos disponibilidade de equipamentos e instrumentos de comunicação, informação e informática em condições de uso. A disponibilidade e suficiência de materiais e equipamentos para as atividades dos ACS existem e estão bem estabelecidas, mas quando é insuficiente se faz o trabalho em equipe e com as ações programadas pelos profissionais se consegue resolver alguns dos problemas relacionados com esta falta. Às vezes os meios de locomoção para os deslocamentos dos ACS pelo território de abrangência da UBS são insuficientes.

Em nossa UBS não temos serviço de internet. Além de outros insumos necessários para o desenvolvimento das ações. Eu e a equipe realizamos tudo que está ao alcance de nossas mãos para oferecer um atendimento de qualidade á população. Contamos com um sistema de reabastecimento, com disponibilidade de medicamentos e preservativos, mas estes são insuficientes.

A quantidade de médicos que tem neste município e o aumento do número de atendimentos podem dificultar o cuidado em saúde que é necessário à população. Desta forma está sendo realizado um re-ordenamento na quantidade e disponibilidade dos profissionais com o objetivo de aumentar oferta de serviços relacionados aos atendimentos.

Também temos estratégias propostas com o objetivo de não perder medicamentos muito importantes, por exemplo, o tratamento para a tuberculose e hanseníase que até agora temos alcançado bons resultados.

Ainda não temos medicamentos homeopáticos em nossas farmácias.

Em nossa UBS se faz a vacinação de maneira rotineira baseada no calendário vacinal estabelecido e não temos dificuldade com o abastecimento das

mesmas, temos também pessoal qualificado para a realização de testes diagnósticos rápidos na própria UBS.

Na UBS se faz coleta de sangue para a realização de exames de rotina para apoio diagnóstico no dia a dia, porém temos que melhorar a frequência de realização dos mesmos e também diminuir o tempo para entregar o resultado para o usuário.

Temos um bom atendimento especializado, pois contamos com muitas especialidades que oferecem seu serviço na própria UBS, mas sem dúvidas temos que continuar procurando ter outras especialidades que ainda ficam muito carentes e são demandadas pela população. As principais especialidades oferecidas na própria UBS, por exemplo, são: pediatria e cardiologia.

Um problema grave que ainda temos é a indisponibilidade para internação hospitalar dos usuários que precisam. Também é frágil a referência e contra referência, assim como a demora dos usuários para procura de uma vaga para seu atendimento hospitalar. Não temos muito material bibliográfico atualizado e o acesso à internet é indisponível, dificultando a preparação profissional.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Santana é um município localizado no sudeste do estado do Amapá, tem como municípios limítrofes a sudoeste, Mazagão, a nordeste Macapá e ao sudeste tem o rio Amazonas. Santana tem uma população estimada de 108.897 habitantes e área de 1577,517 km², o que resulta em uma densidade demográfica de 69,03 hab/km², em 2013. É o segundo município mais populoso do estado.

A população, segundo dados estatísticos de 2011, está composta por 50.311 homens e 50.842 mulheres, divididos entre a população urbana com 99.094 (97,92%) e a rural com 2.109 (2%).

O município de Santana conta com 10 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 30 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) Nestes locais a população pode receber atendimentos básicos e gratuitos em pediatria, ginecologia, clínica geral, enfermagem, odontologia, inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica. Não contamos com UBS do modelo tradicional.

Nosso município conta com duas equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), 16 equipes de saúde bucal e uma Clínica Pública de Especialidade que oferece consultas de cardiologia, endocrinologia, dermatologia, ortopedia, fonoaudiólogo, etc. Também contamos com um Hospital Municipal Clínico Geral, Gineco-obstétrico e Pediátrico, um pronto atendimento e um centro de fisioterapia e reabilitação onde recebem atenção a população do município.

Os exames complementares indicados são feitos no Laboratório Central de Saúde Pública do Amapá (LACEN), Centro Laboratorial de Santana e as doenças de notificação compulsória são acompanhadas pela Unidade de Vigilância Epidemiológica. O município conta com um centro de Saúde da Mulher e outro da Criança.

A UBS Área Portuária está situada na Área Portuária no município de Santana e está vinculada com o Sistema Único de Saúde pela Prefeitura e segue o modelo de Equipe de Saúde da Família (ESF). Conta com duas equipes de saúde formadas por um médico clínico geral, uma enfermeira, um técnico em enfermagem e seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento aproximadamente de 3 mil habitantes de uma determinada área, a atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se com porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde.

Estruturalmente nossa UBS tem as condições mínimas e indispensáveis, tais como: sala de enfermeira, três consultórios médicos, sala para vacina, sala para coleta de exames, consultório odontológico.

A sala de espera é um espaço grande e compartilhado com a recepção, também tem uma sala para triagem, tem farmácia, uma sala para o SAME, tem banheiros para usuários, sala de reuniões e uma sala onde fica a direção. As salas da UBS são organizadas e limpas.

Os consultórios médicos têm climatização. Porém, somente um consultório médico tem sanitário. Isto oferece desvantagens porque os profissionais precisam lavar suas mãos depois de fazer exame físico a cada usuário. Todos têm iluminação natural pelas janelas e também artificial. As janelas das salas da UBS não têm telas mosquiteiras isto permite a entrada dos mosquitos, o que poderá ajudar a propagar doenças.

Todas as paredes são laváveis, temos banheiros para funcionários, usuários e deficientes. A limpeza é diária. A ambientação da sala de espera dos usuários não é adequada porque tem pouca ventilação de ar e isto favorece a transmissão de doenças respiratórias. Seria ótima a presença de ventilação artificial para solucionar este problema.

Não existem corrimãos nas rampas ou corredores para auxiliar no acesso de usuários com mobilidade reduzida, isto facilita acidentes nestas pessoas e dificulta a atenção deles.

O material bibliográfico existente é atualizado, mas na minha percepção o número de livros poderia ser maior. A principal dificuldade é a falta de medicamentos para o tratamento das doenças mais comuns atendidas na UBS. Assim como é necessário contarmos com um profissional capacitado para realização de testes rápidos.

Nossa UBS participa no processo de territorialização e mapeamento da área da atuação de nossa equipe identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos priorizando as situações que seriam acompanhadas no planejamento local. Também realizamos notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local, assim como se realiza a busca de usuários faltosos às ações programáticas, focando as necessidades dos usuários, de acordo com as principais situações em saúde e faixas etárias como grávidas, recém-nascidos, idosos, usuários com doenças crônicas.

Realizamos o cuidado em saúde da população adstrita no âmbito da unidade de saúde, no domicílio, e em outros espaços comunitários, como por exemplo, em escolas e igrejas. Garante-se a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção de saúde, prevenção de agravos e curativas, atendimento de demanda espontânea, realização de ações programáticas e de vigilância em saúde.

Quando necessário encaminho os usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando os fluxos de referência e contra referência. Destacando que nunca temos a contra referência por parte do hospital ou centros de atenção especializados, este é um problema importante já que dificulta o pronto diagnóstico, seguimento, tratamento e recuperação de nossos usuários.

Fazemos indicação, quando necessário, da necessidade de internação hospitalar ou domiciliar. No domicílio fazemos procedimentos como troca da sonda vesical aos acamados, por exemplo, aferição da pressão arterial aos hipertensos ou

em busca de portadores assintomáticos da hipertensão. Realizamos também consulta domiciliar às pessoas com deficiências, idosas, puérperas e gestantes. Todo o trabalho é feito durante a semana e analisado na reunião de equipe que realizamos semanalmente com a finalidade de avaliar como estamos trabalhando e o que devemos fazer para melhorar na organização dos processos de trabalho, e casos que necessitem de qualificação clínica. Também abordamos outros temas como a construção de agenda de trabalho para o mês, tendo em conta os aspectos planejados que possam afetar o bom andamento dos fluxos de trabalho e o planejamento das ações individuais e coletivas na área de abrangência, em conjunto com os ACS.

Também realizamos monitoramento e análise de indicadores e informações em saúde. Quando necessário, contamos com outras pessoas como a diretora da UBS ou outro funcionário, de acordo com o tema a ser tratado.

A população total da área adstrita da UBS é de 8200 e a UBS só tem duas equipes de ESF. Fazendo uma análise da situação, demos depreender que não é adequado porque cada equipe deveria atender uma população de 4100 pessoas. Adequado seria que a UBS atendesse um total de 6000 pessoas. Assim acreditamos que o número adequado de equipes seria três. A distribuição da população por sexo e faixa etária é estimada com base na distribuição brasileira, esta estimativa parece de acordo com a distribuição da população por sexo e faixa etária da área de abrangência de nossa UBS. Temos uma população jovem com maior número de pessoas entre 15 e 59 anos, predominando as mulheres em relação aos homens com um percentual de 60,3% da população e os homens com 39,6%.

O acolhimento em nossa UBS é feito na recepção e na sala de enfermagem. Este acolhimento é feito pela recepcionista em sua sala e pela equipe de atendimento de referência do usuário, pelo médico, enfermeira o técnico de enfermagem.

Todos os usuários que chegam têm suas necessidades acolhidas, o acolhimento é rápido e cumpre com as necessidades dos usuários. Em muitas ocasiões os usuários com problemas agudos solicitam para enfermeira o atendimento no dia, e este atendimento é feito pelo médico. Também não existe excesso de demanda de usuários com problemas agudos que necessitam atendimento.

Os dentistas de nossa UBS também fazem acolhimento, eles oferecem isto aos usuários residentes na área de cobertura da UBS. Também atendem demanda espontânea, mas quando eles têm excesso de demanda espontânea eles orientam aos usuários retornar outro dia ou orientam procurar serviços de pronto atendimento. Nossa UBS não oferece serviço de prótese dentária nem tratamento de canal, periodontal, cirurgias, nem lesões de mucosas, pois não contamos com o equipamento necessário.

Em relação à saúde da criança nossa UBS realiza atendimento de puericultura para grupos etários entre 12 meses e 72 meses, este é feito três dias da semana e atendemos só as crianças da nossa área de cobertura. O atendimento é feito segundo o protocolo de atendimento de puericultura existente em nossa UBS produzido pelo Ministério da Saúde, Secretaria Estadual e Municipal de Saúde.

Temos um total de 96 crianças menores de 1 ano na área da abrangência da UBS e é de 173 segundo a lista de denominadores o que representa 1,17% do total da população.

Todas as crianças têm as consultas programadas. Além disso, temos oferta de atendimento para crianças de até 72 meses de idade com problemas de saúde agudos, mas não temos excesso de demanda. As ações desenvolvidas no cuidado às crianças na puericultura são diagnósticas e tratamento de problemas clínicos em geral, de saúde bucal e saúde mental.

Oferecemos serviço de imunizações, prevenção de violências, promoção de aleitamento materno e de hábitos alimentares saudáveis e promoção de saúde bucal e de saúde mental. Fazemos teste do pezinho. Utilizamos protocolos para encaminhamento aos especialistas, para internação hospitalar, para serviços de pronto atendimento e pronto socorro. Também fazemos atividades com grupos de mães das crianças da puericultura e são feitas na UBS e escolas onde participam os seguintes profissionais: médico, enfermeiro, nutricionista, e técnico de enfermagem.

Os registros dos atendimentos de crianças são efetivados em prontuário clínico, formulário especial de puericultura, ficha de atendimento odontológico, atendimento nutricional e ficha espelho de vacinas já que não existe um arquivo específico para os registros dos atendimentos da puericultura.

Como medida para solução deste problema, cada equipe tem um registro de suas crianças com os dados mais importantes e este se atualiza em reunião da Equipe .

Segundo os dados do Caderno de Ações Programáticas (CAP) para a nossa área de abrangência estima-se que de acordo com a população teríamos 173 crianças menores de um ano residentes na área e de acordo com os nossos registros temos 96 (55%) total de crianças menores de um ano residentes na área e acompanhadas na UBS. Ainda assim tentamos melhorar esse indicador, tendo em conta que nossa área como muitas outras tem várias famílias que moram só por um período de um ano, visto que suas casas são alugadas.

Nossa área de abrangência é uma área portuária e nossa população é muito migratória, o que explica nossos indicadores, além disso, temos indicadores de qualidade que estão em 100% como o teste de pezinho até sete dias de vida, e monitoramento do crescimento e desenvolvimento na última consulta. Onde temos mais problemas é na avaliação da saúde bucal onde estamos com nenhuma criança avaliada. Isto é devido que nem a odontóloga nem os demais profissionais que fazem atendimento clínico tem o hábito de fazer avaliação de saúde bucal para esta faixa etária. Temos um atraso da consulta agendada em mais de sete dias, para 33 (34%) crianças. Temos 63 (66%) crianças com consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, e 29 (30%) com primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida. Com triagem auditiva só fizeram 31 (32%) e 75 (78%) com vacinas em dia. Além disso, todas as mães das crianças da puericultura foram orientadas sobre aleitamento materno e prevenção de acidentes. Identificamos problemas como não contamos com um protocolo de atenção para as crianças, nós fazemos nosso trabalho segundo os cadernos da atenção primária de saúde do Ministério da Saúde fornecido no formato digital.

Outro fator que poderia contribuir para a qualidade de atenção é se contássemos com a participação ativa do pediatra que avaliaria os recém-nascidos na área, e também os lactantes e menores de um ano, trimestralmente, assim como os menores de 72 meses anualmente, por exemplo. Mais temos um pediatra que só atende crianças doentes.

A nutricionista disponibiliza atendimentos somente uma vez no mês, porém a periodicidade dos atendimentos poderia ser a cada quinze dias. Poderíamos formar mais grupos de lactantes e assim oferecer melhor informação às mães e também aos pais sobre todos aqueles temas que envolvem o primeiro ano de vida, mas não temos tais grupos. Daí que as atividades referentes ao aleitamento materno, vacinação, alimentação saudável, anemia temos que desenvolver nas atividades

educativas no dia da consulta de puericultura ou nas visitas ao domicílio destes grupos específicos, fazendo com que os familiares presentes participem deste momento.

O teste do pezinho é outra coisa que poderíamos fazer nas unidades e assim aumentar o número de testes realizados em tempo adequado em um maior número de recém-nascidos com o teste feito em tempo adequado (requerido) para o diagnóstico das doenças de origem genética como a fenilcetonúria, galactose que cursam com retardo mental. Assim como o hipotireoidismo congênito. Contamos com os programas de saúde de ferro e de suplementação de vitamina A, com os quais, de forma profilática, prevenimos doenças que ocasionariam riscos maiores à saúde.

Realizamos busca ativa das mães faltosas às consultas e visitas domiciliares apoiados nos ACS. Planejamos unificar o trabalho com a equipe de odontologia da UBS, porém ainda temos que atingir melhor integração com os mesmos.

Em relação ao pré-natal nossa UBS não tem registros específicos para atendimento de pré-natal, só temos registros atualizados de nossos agentes de saúde e prontuários clínicos, o atendimento ao pré-natal é feito segundo o protocolo, mas não temos pessoal para monitoramento e avaliação deste programa.

Sobre a cobertura de pré-natal eu tenho que reconhecer que segundo os possíveis dados do caderno de ações programáticas, este indicador ficou abaixo do esperado com um total de 112 gestantes (91%) onde temos a estimativa de 123 gestantes.

Neste sentido, temos que aumentar as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças assim como a detecção precoce de doenças, valorizando a importância da realização dos exames complementares em cada trimestre da gestação, como por exemplo, a ultrassonografia entre as 18 e 22 semanas para o diagnóstico de malformações estruturais fetais. Temos que rastrear todas as gestantes da nossa área de abrangência para que nenhuma fique sem assistência pré-natal e os cuidados que estas necessitam. Em nossa UBS temos 112 (100%) gestantes com vacinação atualizada, 93 (83%) com exames ginecológicos realizados e 71 (63%) com prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo. Temos 74 (66%.) com avaliação de saúde bucal Todas as gestantes recebem orientações sobre aleitamento materno.

Nossa UBS tem um número de 112 gestantes na área de abrangência este número que representa 1,36% da população total da área. Isto está de acordo com o valor de denominadores, este valor é favorecido pela quantidade de gestantes que migram dos municípios de interior até Santana, na busca de melhorar a atenção médica durante a gravidez. Em nosso caso, que temos quantidade de população acima do que é preconizado para cada equipe, nós utilizamos estratégias para viabilizar a atenção à saúde da população, como por exemplo, aumentamos o número de ações na semana, aumentamos as visitas domiciliares incrementamos a busca ativa dos usuários resistentes à consultas, e contamos com o apoio dos nossos agentes de saúde, os quais fazem um bom trabalho com nossa população.

Em relação ao puerpério de acordo com o CAP temos a estimativa de 173 partos nos últimos 12 meses, porem de acordo com os nossos dados temos 54 (31%) mulheres que fizeram consulta de puerpério nos últimos 12 meses. Todas elas com consultas feitas e registradas nos prontuários, todas com exame de mama feito e só 43 (80%) realizaram exame ginecológico e 8(15%) foram avaliadas quanto a intercorrências. Salientamos que as 54(100%) tiveram o seu estado psíquico avaliado e todas elas consultaram antes dos 42 dias de pós-parto, receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido e sobre aleitamento materno exclusivo e sobre planejamento familiar.

Em nossa UBS realizamos ações de prevenção primária para o controle do câncer de colo uterino e orientamos todas as mulheres da área de cobertura para o uso de preservativo em todas as relações sexuais e orientamos sobre os malefícios do tabagismo. Também realizamos ações de rastreamento do câncer de colo uterino, estas incluem ações de educação da mulher para a realização periódica do exame preventivo do câncer de colo uterino o qual é feito através da coleta de exame citopatológico. Na UBS este exame é feito duas vezes na semana pelas enfermeiras das equipes da saúde, as quais atendem as mulheres de sua área de cobertura.

Tudo isto se faz respeitando e utilizando o protocolo de prevenção do câncer de colo uterino que temos em nossa UBS Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer e Secretaria Estadual e Municipal de Saúde, o qual é utilizado pela enfermeira, médico clínico geral, e técnico em enfermagem. As coletas de exames citopatológicos das mulheres atendidas são registradas no prontuário clínico e no formulário especial para citopatológico.

Também temos um arquivo específico para o registro dos resultados dos exames citopatológicos coletados, o qual é levado por cada enfermeira de cada equipe de saúde e revisado por elas com a frequência que elas precisarem e tem como objetivos verificar as mulheres com exames atrasados, com exames alterados, verificar completude de registros e avaliar a qualidade do programa.

De acordo com o CAP temos estimados o numero de 1737 mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área. De acordo com nossos registros, em nossa UBS temos um total 1562 de mulheres entre 25 e 64 anos de que corresponde a 90% de cobertura. Com exame citopatológico em dia temos 724 (46%), com mais de seis meses de atraso para a realização de exame para prevenção de câncer de colo uterino são 219 (14%), avaliadas com risco de ter câncer de colo uterino temos 475 (30%), com exame citopatológico de colo uterino alterado temos 18 o que corresponde a 1%, exames coletados com amostra satisfatória são 1489 (95%) e exames coletados com células representativas de junção escamo colunar temos 5 . Todas as mulheres (100%) de nossa área de abrangência são orientadas sobre a prevenção de câncer de colo uterino e sobre doenças de transmissão sexuais.

De um modo geral, os indicadores de qualidade de nossa UBS para a prevenção de câncer de colo de útero, não são os melhores apesar de nosso trabalho feito dia a dia, estamos muito mal quanto à realização de exames citopatológicos em dia, isso acontece porque muitas mulheres não fazem o exame citopatológico quando são solicitados por nossos agentes e enfermeiras. Creio que as usuárias não têm percepção do risco, por mais que sejam orientadas. A mesma coisa acontece com exames citopatológicos com mais de seis meses de atraso, os demais indicadores estão bem já que contamos com profissionais bem formados para a realização de exames citopatológicos.

Temos problemas identificados, sendo estes: não temos formados grupos de mulheres. As informações e orientações que realizamos são feitas em ações, durante as consulta. Não temos profissionais que se dedicam a gestão, planejamento e coordenação do programa de prevenção do câncer de colo uterino nem profissional para avaliação e monitoramento do mesmo.

Como solução a isso nós criaremos grupos de mulheres. Em todas as reuniões de equipe da saúde, debatemos algumas necessidades, como por exemplo, a necessidade de um profissional para o monitoramento, gestão, planejamento e avaliação desse programa, além disso, nas reuniões é realizada

análise, são expostas as dúvidas e discussão de casos clínicos para melhorar nossa preparação e avaliamos o trabalho feito dessa semana o mês em questão.

Em relação ao controle do câncer de mama, os profissionais da nossa UBS realizam ações de educação para mulher, onde orientamos sobre: os fatores de risco para ter câncer de mama, como fazer o exame físico das mamas, como ter um controle adequado do peso corporal, como fazer o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama.

Também efetivamos o rastreamento do câncer de mama através do exame clínico das mamas a todas as mulheres com risco desta doença de nossa área de cobertura. Este rastreamento é feito pelo médico, enfermeira e técnica em enfermagem. Os quais também fazem identificação dos fatores de risco mulheres da área de cobertura. Não temos registro para mulheres que sofrem de doenças mamárias, como não temos registro para os resultados de mamografias feitas. A única forma de registro que temos são os prontuários clínicos.

De acordo com o CAP estima-se o numero de 358 mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área. De acordo com nossos registros temos um total de mulheres entre 50 a 69 anos de 334 mulheres o qual representa 93% de cobertura.

Com mamografia em dia só temos 21(6%) mulheres, com mamografia com mais de três meses de atraso temos 313 (94%). Com avaliação de risco temos 105 (31%) e todas as mulheres recebem orientações sobre a prevenção de câncer de mama. Nossos indicadores são péssimos já que as mulheres que fazem mamografias são aquelas que têm alguma doença mamária e as que procuram consultas são por ter algum sintoma ou as que encontram algo no autoexame das mamas. Também outro problema que temos é que não temos mamógrafo no nível municipal de atenção, só tem na capital do estado e é para os casos positivos.

Nossa UBS realiza atendimento de adultos hipertensos, este é feito três vezes na semana e atendemos adultos de nossa área de cobertura, o qual é realizado por o médico geral, enfermeira, técnica em enfermagem e nutricionista. Todos os usuários com hipertensão saem da consulta com a próxima consulta programada, não temos demanda de atendimento de problemas de saúde agudos. Não existe em nossa UBS protocolo de atendimento para usuários hipertensos. As ações desenvolvidas com os adultos portadores de hipertensão são: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, problemas de saúde mental, obesidade e sedentarismo e também temos o serviço de vacinação. Nossos profissionais de

saúde utilizam protocolos para regular o acesso a outros níveis do sistema de saúde.

Os atendimentos são registrados no prontuário clínico, ficha de atendimento nutricional e ficha espelho de vacinas. Não existe um arquivo específico para os registros dos atendimentos de adultos com hipertensão, além disso, temos um programa de Hiperdia, sendo que a responsável é a enfermeira. Não temos em nossa UBS profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos adultos com hipertensão nem profissionais que se dedicam a avaliação e ao monitoramento deste programa.

De acordo com o CAP estima-se o 1444 hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e segundo os nossos registros em nossa UBS temos um total de 1148 pessoas maiores de 20 anos com hipertensão, que corresponde a 80% de cobertura, Segundo os indicadores de qualidade, com estratificação de risco temos 100% do total, com atraso da consulta agendada em mais de sete dias temos 795 indicando 69%, 126 adultos com hipertensão tem exames em dia correspondendo a 11%, com avaliação de saúde bucal temos 63 (5%). adultos Todos os adultos foram orientados sobre a prática de atividade física e sobre alimentação saudável.

Os indicadores em nossas UBS para o programa de hipertensão em adultos não são os melhores, estamos muito mal na consulta agendada no dia e na realização de exames em dia, isso acontece porque os adultos que tem hipertensão só procuram consulta quando eles têm algum sintoma, quando precisam trocar a medicação por uma melhor e mais econômica, quando termina a medicação e precisam de outra receita, e não quando tem a consulta programada. Com avaliação bucal estamos piores, visto que não contamos com apoio do dentista. Este atende adultos com hipertensão somente com problemas agudos.

Em relação ao Diabetes Mellitus, nossa UBS realiza atendimento três vezes na semana e atendemos adultos de nossa área de cobertura. Este atendimento é feito pelo médico geral, enfermeira, nutricionista e técnica em enfermagem. Todos os usuários saem da consulta com a próxima consulta programada não temos demanda de atendimento de adultos com diabetes com problemas de saúde agudos.

Não temos protocolo de atendimento para adultos com diabetes. Nós desenvolvemos ações de cuidados com os adultos portadores de diabetes como:

diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, problemas de saúde bucal, obesidade, sedentarismo e vacinação.

São utilizados os protocolos de encaminhamento para as especialidades. Os registros de atendimentos que temos são prontuário clínico, ficha de atendimento nutricional e ficha espelho de vacinas. Não existe um arquivo específico para os registros de atendimento de adultos com diabetes. Em nossa UBS temos um total de 367 pessoas maiores de 20 anos com Diabetes Mellitus que corresponde a 89% de cobertura, com avaliação de risco cardiovascular temos um 100%, com atraso de consulta agendada em mais de sete dias temos 233 (63%), com exames complementares periódicos em dia temos 86 (23%), com exame físico dos pés, palpação dos pulsos tibiais posteriores e pediosos e com medida da sensibilidade nos pés nos últimos três meses temos 325 adultos (89%), com avaliação de saúde bucal em dia temos 139 (38%). Todos os adultos com diabetes foram orientados sobre prática de atividade física e sobre alimentação saudável.

Os indicadores em nossa UBS para atenção de adultos com Diabetes Mellitus estão piores em atraso em mais de sete dias, em consulta agendada e em realização de exames periódicos em dia; isto acontece da mesma forma que com os usuários com hipertensão. O outro indicador que se apresenta ruim é a atenção de saúde bucal. Neste programa os adultos são avaliados com mais frequência, mas ainda não como deve ser. O dentista participa pouco de nossas ações e as vagas para atendimento de adultos com diabetes são poucas.

Nossa UBS realiza atendimento de pessoas idosas duas vezes por semana e atendemos idosos de nossa área de cobertura, isto é feito pela enfermeira, médico clínico geral, nutricionista e técnico em enfermagem. Após a consulta o idoso sai da UBS com a próxima consulta programada. Não temos protocolo de atendimento para idoso em nossa UBS. Para o cuidado de nossos usuários idosos desenvolvemos ações como são imunizações, promoção de atividades físicas, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção de saúde bucal e mental, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de problemas de saúde bucal, tratamento e diagnóstico. Utilizamos protocolos para regular o acesso dos idosos a outros níveis do sistema de saúde. Os atendimentos feitos aos idosos são registrados em prontuários clínicos, em ficha de atendimento nutricional e ficha espelho de vacinas, mas não existe arquivo específico para os registros de atendimentos.

Todos os idosos que buscam consultas são avaliados de forma geral. Isso inclui avaliação da capacidade funcional global, também se explica ao idoso e seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência. Não temos em nossa UBS caderneta de saúde da pessoa idosa. Não existem ações focadas no Estatuto do Idoso, nem existe programa algum implantado de atenção ao idoso, assim como não temos criado os grupos de idosos. Além disso, realizamos cuidado domiciliar aos idosos. Existe um levantamento dos idosos moradores da área de abrangência com necessidades que tem e os problemas de saúde que apresentam. O cuidado domiciliar é feito pelo enfermeiro, médico clínico geral e técnico em enfermagem. Não temos profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão, coordenação, monitoramento e avaliação de das ações dispensadas aos idosos.

Em nossa UBS temos um total de 396 pessoas idosas que corresponde a 95% de cobertura, com avaliação multidimensional feita temos 182 idosos (46%), com acompanhamento em dia temos 112 (28%), 237 (60%) sofrem de hipertensão e 98 (25%) têm diabetes mellitus. Temos 274 idosos avaliados com risco para morbimortalidade que representa 69%, com indicadores de fragilização na velhice temos 254 (64%), com avaliação de saúde bucal e com caderneta de saúde da pessoa idosa temos 0% (ausente), além disso, todos os idosos foram orientados sobre hábitos alimentares e sobre a importância de realizar atividade física.

Os indicadores de qualidade de nossa UBS para a atenção ao idoso são muito ruins já que estamos muito mal na avaliação multidimensional com só a metade das pessoas idosas avaliadas, também estamos mal no acompanhamento em dia. Eu acho que isso acontece porque não temos os grupos de idosos criados e eles só buscam a consulta quando precisam de nossa ajuda médica por algum problema de saúde agudo ou trocar medicação, ou exames de rotina. Outro indicador pior é a atenção bucal, este grupo de pessoas não tem prioridade para serem avaliados por dentista, eles só recebem atendimento como demanda espontânea quando tem uma doença bucal aguda, assim não temos dados de registros de atendimento odontológico.

Além disso, os idosos são orientados sobre hábitos alimentares e a realização de atividade.

Temos uma proposta à nossa Secretaria de Saúde para formar um programa de atendimento a pessoas idosas onde participem um dentista, educador físico,

nutricionista e um psicólogo com a participação do médico geral, enfermeira e técnica em enfermagem que ofereça atendimento uma vez por semana na UBS, para melhorar a saúde das pessoas idosas. Além disso, nós continuamos com nossas ações de saúde convidando a todos os especialistas necessários para a avaliação da pessoa idosa e nesta oportunidade, captamos usuários que não comparecem à consulta.

O lado positivo deste relatório resulta que podemos identificar as dificuldades na assistência e propor estratégias para melhorar de forma geral nosso trabalho mediante a validação do mesmo com registros melhor definidos, logo aplicados e preenchidos os diferentes questionários na UBS. Assim podemos conhecer que os indicadores têm problemas segundo as coberturas do Caderno de Ações Programáticas. Daí, o maior desafio é organizar o trabalho e incentivar a equipe a fazer as coisas bem, com qualidade e amor.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Fazendo uma comparação entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional, percebo que o primeiro ficou muito superficial.

Através do preenchimento do caderno de ações programáticas e da elaboração deste relatório nós ficamos surpresos em relação à situação real existente em nossa UBS.

Identificamos com muita clareza e certeza nossos problemas, o que dá a possibilidade de buscar soluções imediatas, pois evidenciamos em que podemos melhorar e os aspectos que mudaremos na medida em que atuarmos em equipe e incorporarmos todos os trabalhadores da unidade com um só propósito e objetivo comum, que é o cuidado integral à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A execução deste projeto de intervenção em nossa comunidade tem como justificativa que a Hipertensão Arterial (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são apontados pelo Ministério da Saúde do Brasil como os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, que por sua vez constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira, motivo pelo qual representam agravos à Saúde Pública, dos quais 60% a 80% dos casos podem ser tratados na rede básica. (Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica n.36 e n.37 de 2013).

Desta forma, houve o convencimento da equipe de saúde da família de nossa unidade básica quanto ao foco selecionado, tomando como outra justificativa, os resultados dos indicadores do Caderno de Ações Programáticas (CAP) e a posterior Análise Situacional apresentada ao coletivo. O mesmo será fundamental para melhorar a situação da atenção à saúde deste grupo da população, ao garantir o acompanhamento sistemático dos usuários identificados como portadores desses agravos, assim como desenvolver ações de promoção à saúde e prevenção das complicações e alcançar mudanças no estilo de vida incentivando uma alimentação saudável e a prática de exercícios físicos.

Além disso, observamos que é importante atuar para a promoção da saúde e prevenção de doenças, principalmente as doenças cardiovasculares. Sendo que nossa UBS Área Portuária é caracterizada por ter um baixo nível sociocultural e econômico, em sua maior parte também apresenta usuários com hábitos e estilos de vida que contribuem para a HAS e diabetes, pois evidenciamos níveis de colesterol e triglicerídeos elevados nos resultados dos exames de sangue feitos de forma aleatória na população, assim como a falta de prática de exercícios (sedentarismo), obesidade e hábito de fumar. Evidenciamos também que os usuários em grande

maioria não cumprem de forma correta as orientações oferecidas pela equipe nas consultas e nas intervenções feitas na comunidade, ocasionando inclusive abandono do tratamento indicado por conta própria, falta de à UBS. Com isso, aumenta o risco de doenças cardiovasculares e metabólicas, e a morbimortalidade.

Os indicadores em nossas UBS para o programa de hipertensão em adultos não são os melhores, estamos muito mal na consulta agendada no dia e na realização de exames em dia, com avaliação bucal estamos pior, visto que não contamos com apoio do dentista. Como soluções para melhorar os indicadores e os problemas identificados em todas as reuniões de equipe propõem-se este projeto de intervenção, visando agir de forma organizada e qualificada para as necessidades que envolvem o cuidado de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Os indicadores em nossa UBS para atenção de adultos com diabetes mellitus estão piores em atraso em mais de sete dias em consulta agendada e em realização de exames periódicos em dia isto acontece igual que com os usuários com hipertensão. O outro indicador que se apresenta ruim é a atenção de saúde bucal para esta população. As duas doenças crônicas antes mencionadas, apresentam indicadores baixos e o trabalho deve ser qualificado e suficiente.

Diante do acima exposto, justifica-se a importância e o valor da realização deste trabalho, assim como as ações desenvolvidas diariamente pretendidas pelas equipes em tal aspecto. Também a respeito da temática, contamos com ajuda da diretora da UBS e do gestor de Atenção Primária à Saúde (APS) na secretaria municipal.

As dificuldades para a realização deste projeto assim como as limitações ficariam nas características da população adstrita, os problemas reais existentes com o laboratório para os exames solicitados, os problemas com os medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes nas unidades, a falta de recursos ou materiais necessários para a realização das atividades de promoção e prevenção, não aceitação dos usuários para a participação do projeto, a demora da entrega das listagens dos usuários do outra equipe. Apesar disso, eu acho que é possível aumentar os indicadores.

Embora existam os problemas identificados no questionário aplicado para doenças crônicas na unidade de análise situacional do curso da UFPEL, a falta de registros e controle para as mesmas, assim como todo o explicitado anteriormente,

entende-se que a aplicação do projeto da intervenção proposto auxiliará na qualificação das ações de saúde destes grupos de agravos da população.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na UBS/ESF Área Portuária, Santana/AP.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 98% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2: Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

2.3 Metodologia

Este projeto de intervenção está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas em sua primeira etapa na Unidade de Saúde Área Portuário, no Município de Santana, no estado de Amapá (AP), ano 201, com a finalidade de melhorar a atenção e qualidade de vida dos usuários com as doenças crônicas não transmissíveis, Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus.

O público alvo desta intervenção serão os adultos maiores de 20 anos de idade portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

As ações a serem realizadas nesta intervenção serão descritas, a seguir, detalhadamente, contemplando os respectivos eixos pedagógicos: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica, foram utilizados para a coleta de dados as fichas espelhos e a planilha de coleta de dados.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1.1: Cadastrar 98% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2: Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação:

- Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento:

-confirmação diagnóstica e início da terapêutica e cadastramento de forma contínua nas consultas, visitas domiciliares e ações da saúde na comunidade pela equipe.

-vinculação e acompanhamento dos usuários portadores de HAS e DM às unidades básicas de saúde pela equipe e os ACS de forma mantida.

Ação:

- Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento:

-confirmação diagnóstica e início da terapêutica e cadastramento de forma contínua nas consultas, visitas domiciliares e ações da saúde na comunidade pela equipe.

Organização e gestão do serviço

Ação:

- Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.

Detalhamento:

-criação por cada equipe de saúde do registro da unidade dos usuários com doenças crônicas não transmissíveis onde fiquem os dados gerais de todos, atualizando-o de forma contínua e periódica.

Ação:

- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS.

Detalhamento:

-capacitação contínua na unidade das pessoas que fazem o acolhimento dos usuários para a classificação do risco biológico, as vulnerabilidades e evitar as demoras utilizando a carta dos direitos dos usuários como material docente.

Ação:

- Garantir material adequado para a tomada da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Detalhamento:

-sensibilização de gestores de saúde municipal da importância do projeto e a compra do equipamento adequado para a tomada de pressão arterial

-fortalecer o comprometimento dos gestores para priorizar os programas de doenças crônicas não transmissíveis com a obtenção de medicamentos e tecnologia essencial.

Ação:

- Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento:

-criação por cada equipe de saúde do registro dos usuários com doenças crônicas não transmissíveis onde fiquem os dados gerais de todos, atualizando-o de forma contínua e periódica.

Ação:

- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes.

Detalhamento:

-capacitação continua na unidade das pessoas que fazem o acolhimento dos usuários para a classificação do risco biológico, a vulnerabilidades e evitar as demoras utilizando como material docente a carta dos direitos dos usuários.

Ação:

- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento:

-sensibilização de gestores de saúde municipal da importância do projeto e a compra do equipamento adequado para a realização do teste rápido de glicose na unidade.

Engajamento público

Ação:

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento:

-elaborar e distribuir folders na localidade com orientação sobre o Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

- Informar sobre o programa a líderes da comunidade assim como nas palestras educativas feitas na unidade antes das consultas.

Ação:

- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Detalhamento:

-sensibilizar a população quanto à importância da aferição de pressão arterial anualmente explicando os riscos associados à doença.

Ação:

- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento:

- explicar aos usuários com cifras tensionais sustentadas maiores de 135/80 mmHg e sua associação com o Diabetes mellitus.

Ação:

- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento:

-elaborar e distribuir folders na localidade com orientação de boas práticas na prevenção de doenças do aparelho circulatório e diabetes mellitus.

-fazer palestras educativas na unidade e na comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento das doenças crônicas.

-publicar no mural da unidade os fatores de riscos e como mediante a modificação do estilo de vida podemos preveni-las.

-promover o cuidado integral mediante ações da linha de cuidado pessoal com promoção de saúde.

Ação:

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento:

-elaborar e distribuir folders na localidade com orientação sobre o Programa de Atenção Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

-informar sobre o programa a líderes da comunidade assim como nas palestras educativas feitas na unidade antes das consultas.

Ação:

- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Detalhamento:

-sensibilizar a população quanto à importância da aferição de pressão arterial anualmente explicando os riscos associados à doença de forma contínua nas vistas domiciliares.

Ação:

- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento:

-explicar aos usuários com cifras tensionais sustentadas maior de 135/80 mmHg e sua associação com o Diabetes mellitus.

Qualificação da prática clínica**Ação:**

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Detalhamento:

-realizar atividades de educação em saúde nas reuniões da equipe (semanalmente) dirigida aos ACS referente à Hipertensão Arterial, fatores de risco para a mesma, sintomas, etc.

Ação:

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento:

-realização de demonstração correta da aferição da tensão arterial entre os membros da equipe.

Ação:

- Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Detalhamento:

-realizar atividades docentes os dias da reunião da equipe (semanalmente) dirigida aos ACS referente o Diabetes Mellitus, fatores de risco para a mesma, sintomas, etc.

-capacitação de profissionais de saúde para atendimento do grupo de risco e portadores das doenças do aparelho circulatório.

Ação:

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento:

-aulas práticas demonstrativas por pessoal qualificado sobre a realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg antes das consultas, de acordo com o caso, os dias de consulta a grupos de agravos.

-capacitação para a equipe sobre a relação deste fator e o futuro desenvolvimento do diabetes mellitus nestes casos.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação:

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos.

Detalhamento:

-capacitação do pessoal que faz a triagem aos usuários antes da consulta (tomada da tensão arterial, a frequência cardíaca, o teste de glicose rápida, o peso, a estatura e temperatura).

-supervisão da triagem de forma aleatória pelo médico o enfermeira.

-capacitação de profissionais de saúde para atendimento do grupo de risco e portadores das doenças do aparelho circulatório.

Ação:

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos.

Detalhamento:

-supervisão da triagem de forma aleatória pelo médico o enfermeira.

-capacitação de profissionais de saúde para atendimento do grupo de risco e portadores das doenças do aparelho circulatório.

Ação:

- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Detalhamento:

-levar o controle dos exames solicitados nas consultas de seguimento pelo médico. De forma contínua.

-avaliação dos prontuários clínicos individuais em cada consulta pelo médico e enfermeira e de forma periódica pela equipe.

Ação:

- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento:

-identificar os usuários que não tem exames feitos com a periodicidade recomendada, visitar os mesmos e identificar a causa a cada 15 dias pela equipe nas visitas domiciliares ou mediante os ACS.

Ação:

- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Detalhamento:

-levar o controle dos exames solicitados nas consultas de seguimento pelo médico. De forma continua.

-avaliação dos prontuários clínicos individuais em cada consulta pelo médico e enfermeira e de forma periódica pela equipe.

Ação:

- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento:

-avaliação dos prontuários clínicos individuais pela equipe semanalmente.

-identificar os usuários que não tem exames feitos com a periodicidade recomendada, visitar os mesmos e identificar a causa a cada 15 dias pela equipe nas visitas domiciliares ou mediante os ACS.

Ação:

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento:

-manter vinculação com as farmácias populares mediante os gestores de saúde do município para orientar aos usuários de Hiperdia sobre a disponibilidade e obtenção dos medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes.

Ação:

- Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento:

-fazer exame bucal aos usuários na consulta agendada por protocolo pelo médico ou a enfermeira e determinar se o usuário deve ser encaminhado a serviço odontológico para avaliação e tratamento.

-explicar a importância da higiene bucal na prevenção das infecções bucais aos usuários em cada consulta e à população nas palestras.

Ação:

- Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento:

-fazer exame bucal aos usuários na consulta agendada por protocolo pelo médico ou a enfermeira e determinar se o usuário deve ser encaminhado a serviço odontológico para avaliação e tratamento.

-explicar a importância da higiene bucal na prevenção das infecções bucais aos usuários em cada consulta e a população nas palestras.

Organização e gestão do serviço

Ação:

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos.

Detalhamento:

-o técnico em enfermagem, faz a triagem

-a enfermeira irá corroborar na tomada da tensão arterial e fazer o teste de glicose rápida.

-o médico fará a consulta, exame físico geral e seguimento, assim como monitoramento do prontuário clínico de cada usuário

Ação:

- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Detalhamento:

-organizar cada semana na reunião da equipe, um tema do Protocolo de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus.

-orientar a busca de temas afins para estimular o auto estudo e atualização dos profissionais.

Ação:

Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento:

-a periodicidade para atualização dos profissionais será semanal, durante o projeto e mensal logo depois de concluído este.

Ação:

- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento:

-sensibilizar aos gestores municipais da importância, na unidade de saúde, do protocolo impresso para o manejo por parte dos profissionais das normas e diretrizes no manejo das doenças crônicas transmissíveis.

Ação:

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários diabéticos.

Detalhamento:

-o técnico em enfermagem fará a triagem
-a enfermeira irá corroborar tomada da tensão arterial e fazer o teste de glicose rápida.
-o médico será responsável pela consulta, exame físico geral e seguimento, assim como monitoramento dos prontuários clínicos.

Ação:

- Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento:

-indicar pelo médico ou enfermeiro os exames complementares a cada usuário na consulta segundo protocolo.

Ação:

- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento:

-sensibilizar aos gestores municipais sobre a importância da realização dos exames complementares neste grupo de agravo, segundo a periodicidade recomendada assim como a disponibilidade do recurso material para isso no laboratório.

Ação:

- Estabelecer sistemas de alerta dos exames complementares preconizados.
- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento:

-na farmácia da unidade todas as semanas, antes de começar o trabalho, verificar a existência dos medicamentos para estes grupos de agravos pelo médico ou enfermeira.

Ação:

- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento:

-informar mensalmente na farmácia o número de usuários hipertensos ou diabéticos existentes e o número deles cadastrados recentemente pelo médico ou enfermeira com a finalidade de aumentar o número dos medicamentos a solicitar e, assim não haver problemas para o tratamento dos mesmos.

Ação:

- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos;

Detalhamento:

-todas as semanas concordar com a auxiliar de saúde bucal para o agendamento dos usuários hipertensos e diabéticos, sem demonstrar preferência, para uma adequada atenção e orientação odontológica.

-garantir a assistência à consulta odontológica destes grupos de agravos sendo os responsáveis os ACS pelos faltosos à consulta.

Ação:

- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos;

Detalhamento:

-garantir a assistência à consulta odontológica destes grupos de agravos sendo os responsáveis os ACS pelos faltosos.

Engajamento público**Ação:**

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento:

-realização de oficinas sobre doenças do aparelho circulatório e seus fatores de risco.

-realizar exame da sensibilidade superficial e exame dos pulsos periféricos a usuários com doenças cardiovasculares segundo o protocolo.

-explicar os sinais de alarme, assim como a importância do uso de calçado apropriado, de meias não apertadas, evitar ficar sem sapatos e sobre os cuidados dos pés, etc., em cada consulta e aos familiares dos usuários nas visitas domiciliares.

Ação:

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento:

-realização de oficinas sobre doenças do aparelho circulatório e seus fatores de risco.

-realizar exame da sensibilidade superficial e exame dos pulsos periféricos a usuários com doenças cardiovasculares segundo o protocolo.

-explicar os sinais de alarme, assim como a importância do uso de calçado apropriado, de meias não apertados, evitar ficar sem sapatos e sobre os cuidados dos pés, etc., em cada consulta e aos familiares dos usuários nas visitas domiciliares.

Ação:

- Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento:

-explicar em cada consulta sobre a importância e necessidade de realização dos exames complementares o valor que tem no seguimento de forma preditiva para as possíveis complicações que poderiam apresentar-se nestes casos.

-na comunidade orientar aos familiares dos usuários sobre a importância dos exames complementares indicados para uma avaliação clínica adequada dos usuários.

Ação:

- Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento:

-oferecer informação aos usuários à comunidade pela equipe de saúde nas visitas domiciliares, consultas e palestras educativas oferecidas na unidade sobre a periodicidade que devem ser feitos os exames pelos usuários com doenças crônicas utilizando os protocolos, mural e outras fontes de informações escritas.

Ação:

- Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento:

-informar em cada consulta sobre os direitos quanto a ter acesso aos medicamentos na Farmácia popular, na unidade assim como eles podem obter em outro posto de saúde, com a receita médica, seu tratamento sem custo; utilizando a carta dos direitos dos usuários como principal ferramenta para isso.

Ação:

- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento:

-nas palestras educativas feitas cada dia na unidade incorporar duas vezes na semana o tema da saúde bucal tendo como responsável odontólogo ou a técnica dental.

-divulgar na comunidade a importância da saúde bucal em geral e especialmente em hipertensos e diabéticos.

- promover ações de saúde bucal desenvolvida durante as visitas domiciliares pela equipe de saúde da família e a equipe de saúde bucal da unidade uma vez ao mês.

Qualificação da prática clínica

Ação:

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento:

-aulas teóricas práticas do exame físico do aparelho cardiovascular, circulatório periférico e neurológico pelo médico da equipe com uma periodicidade semanal durante a intervenção e logo mensalmente durante sua aplicação na unidade.

Ação:

- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento:

-em cada reunião semanal analisar os exames a realizar segundo protocolo e a importância dos mesmos para os usuários.

-avaliar o cumprimento das indicações pela equipe dos exames complementares em cada consulta programada segundo o protocolo.

Ação:

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

Detalhamento:

-cada semana abordar temas sobre dos grupos de medicamentos a utilizar no tratamento da hipertensão e ao diabetes mellitus na reunião da equipe assim como aqueles que não formam parte do estoque da unidade, sendo os responsáveis o médico ou a enfermeira.

Ação:

- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento:

-informar a todos os membros da equipe, em especial aos ACS que mais frequentam a comunidade da área de abrangência, sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da farmácia Popular/Hiperdia mediante a informação semanal nas reuniões da equipe ou no momento que fosse necessário.

Ação:

- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

Detalhamento:

-como responsáveis, teremos o odontólogo, que irá capacitar a equipe de saúde da família durante o projeto, sobre a importância de atendimento dos hipertensos e diabéticos utilizando seus conhecimentos.

-na reunião semanal abordar este tema conjunto a outros já propostos como da importância na atenção deste grupo da população e suas consequências negativas utilizando os protocolos disponíveis para o tema.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Monitoramento e avaliação

Ação:

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento:

-vinculação e acompanhamento dos usuários portadores de HAS e DM às unidades básicas de saúde.

-revisar os prontuários e registros com periodicidade para identificar os usuários faltosos a consultas e sem exame complementares indicados não feitos segundo os protocolos.

- orientar pelo médico ou enfermeira aos ACS a procura na comunidade dos faltosos a consulta pela importância da mesma em seu seguimento e evolução.

Organização e gestão do serviço

Ação:

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento:

-todas as semanas nas visitas domiciliares feitas pela equipe de saúde da família, e os ACS, visitar os faltosos às consultas já identificados antes para saber a causa da ausência e citar para próxima consulta, tendo como responsáveis a equipe.

Ação:

- Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento:

-deixar vagas nos dias de Hiperdia para os faltosos que venham à consulta assim como para aqueles com problemas agudos que requeiram de uma atenção.

-permitir que o dia em que os faltosos cheguem à unidade de saúde sem agendamento, recebam atendimento e orientação com a finalidade de melhorar sua adesão a nossa unidade.

Engajamento público

Ação:

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento:

-fornecer informação à população nas atividades de promoção da saúde, desenvolvidas pela equipe na comunidade periodicamente, sobre a importância da realização das consultas por diabéticos e hipertensos segundo os protocolos do ministério para à atenção primária à saúde.

Ação:

- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos).

Detalhamento:

-nas palestras educativas, os dias de Hiperdia, promover uma serie de idéias pela equipe para que a população afetada exponha de que forma poderia evitar-se os faltosos às consultas.

Ação:

- Esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento:

-utilizando como material de apoio os protocolos de atendimento esclarecer pela equipe todas as semanas como está e porque deve ser a periodicidade das consultas para estes grupos de agravo da população adulta.

-na comunidade durante as visitas e ações de saúde feitas pela equipe o médico ou a enfermeira explicar aos familiares sobre o tema

- fornecer informação aos ACS sobre a periodicidade das consultas nestes casos para que eles a transmitam ao resto da comunidade em seu dia a dia com a população adstrita.

Qualificação da prática clínica

Ação:

- Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento:

-criar material didático (folder, por exemplo) para os ACS com os elementos fundamentais sobre a importância das consultas onde se expliquem as complicações mais frequentes destas patologias crônicas e também sua prevenção com a modificação dos estilos de vida.

-capacitar os agentes comunitários pela enfermeira o médico da equipe, para acompanhar os grupos de membros da família em relação às orientações e usos dos medicamentos dos usuários das doenças do aparelho circulatório e metabólico.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação:

- Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento:

-monitoramento semanalmente pela enfermeira e médico da equipe, dos registros acompanhados na unidade de saúde para sua atualização com os novos casos cadastrados na consulta e por agentes comunitários de saúde.

Organização e gestão do serviço

Ação:

- Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento:

-não contamos com este sistema de informações.

Ação:

- Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento:

-conseguir a implantação da ficha de acompanhamento para cada usuário utilizando o registro dos mesmos na unidade com ajuda dos ACS e monitorar sua complementação pela enfermeira da equipe durante o projeto e depois dele.

Ação:

- Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento:

-programar atualização dos registros todas as semanas na reunião da equipe de saúde da família como parte da rotina, cuja finalidade seria conhecer o comportamento da prevalência e incidência destas doenças na área adstrita.

Ação:

- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento:

-se definirá como responsáveis a enfermeira e os ACS.

Ação:

- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvos e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento:

-revisões dos prontuários clínicos individuais nas consultas para atualização dos registros pela enfermeira e o médico.

-registrar a data dos exames complementares indicados ou feitos pelos usuários e corroborar os atrasos.

-verificar qual ou quais tem feito avaliação da estratificação do risco cardiovascular e comprometimento de órgãos alvo.

-avaliar estado de compensação de cada usuário nas consultas feitas pelo médico ou a enfermeira mediante exame físico, anamneses e avaliação dos resultados dos exames complementares segundo protocolo.

Engajamento público

Ação:

- Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento:

-divulgar a carta dos direitos dos usuários nas palestras educativas enfatizando os deveres dos usuários para com os cuidados de sua saúde.

-explicar nas consultas e visitas domiciliares a importância dos registros e sua manutenção na unidade de saúde pela equipe para um correto seguimento e avaliação dos usuários.

-oferecer assistência multiprofissional aos grupos de risco para as doenças crônicas.

-oferecer atendimento descentralizado com nutricionista, fisioterapeuta e educador físico da localidade.

Qualificação da prática clínica

Ação:

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e diabético.

Detalhamento:

-capacitar a equipe e aos agentes comunitários no preenchimento dos registros e prontuários clínicos de forma demonstrativa e realizar revisões periódicas dos mesmos nas reuniões de equipe, corrigir as faltas, superando assim o melhoramento dos mesmos.

Ação:

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento:

-capacitar a equipe sobre o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas segundo protocolo do ministério nas reuniões da equipe de saúde da família todas as semanas tendo como responsáveis a enfermeira ou médico segundo corresponda.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação:

- Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento :

-realizar exame de risco a todos os usuários cadastrados com doenças crônicas não transmissíveis anualmente pela equipe.

-avaliação e monitoramento dos prontuários clínicos em cada consulta pela enfermeira ou médico, assim como dos registros da unidade para identificar o número de usuários com este exame feito ou não e assim melhorar este indicador de cobertura que fica baixo em nossa unidade.

Organização e gestão do serviço

Ação:

- Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Detalhamento:

-Oferecer assistência multiprofissional aos grupos de risco para as doenças do aparelho circulatório.

-Oferecer atendimento descentralizado com nutricionista, fisioterapeuta e educador físico do NASF.

-Encaminhar para exames clínicos preventivos (ECG e exames laboratoriais).

-Realizar oficinas com o grupo de risco para orientação quanto ao uso correto de medicação prescrita.

-Formar e orientar grupos com membros da família dos usuários portadores de doenças do aparelho circulatório, para supervisionar o uso correto de medicação e a dieta.

-capacitar os agentes comunitários para acompanhar os grupos de membros da família em relação às orientações e usos dos medicamentos dos usuários das doenças do aparelho circulatório.

-capacitação de profissionais de saúde para atendimento do grupo de risco e portadores das doenças do aparelho circulatório.

Todas estas ações monitoradas pela enfermeira e médico da equipe e seguindo o Protocolo do Ministério da APS.

-realizar reuniões e oficinas com gestores e profissionais de saúde para discussão e planejamento de ações intersetoriais voltadas para a redução de agravos e doenças do aparelho circulatório.

Ação:

- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento;

-garantir que as demandas destes usuários sejam atendidas pela equipe nas consultas e visitas domiciliares segundo o caso.

Engajamento público

Ação:

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Detalhamento :

- orientar a todos os usuários e seus familiares sobre o nível de risco que tem e a importância do seguimento segundo protocolo, assim como a realização da dieta, tratamento e avaliação por outras especialidades se requerem.

Ação:

- Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento:

-promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde, estabelecendo uma agenda de ações prioritárias nos seguintes eixos: alimentação saudável, práticas corporais e atividade física, ambiente sustentável, prevenção de uso de tabaco, álcool e demais fatores de risco.

Qualificação da prática clínica

Ação:

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Detalhamento:

-discutir em equipe os diferentes fatores de risco segundo o escore de Framingham para a realização da estratificação de risco cardiovascular de todos os usuários cadastrados com doenças crônicas não transmissíveis na nossa unidade nas consultas e nas visitas domiciliares. Tendo como responsáveis a enfermeira e o médico.

Ação:

- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento :

-capacitar a equipe sobre a importância do registro desta avaliação pelo médico nas reuniões semanais da equipe na prevenção da mortalidade.

Ação:

- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento:

-capacitar a equipe acerca dos fatores de risco para doenças cardiovasculares em geral e especificamente os modificáveis, utilizando os protocolos do ministério e a bibliografia que seja necessária pelo médico nas reuniões de equipe e nas visitas domiciliares todas as semanas durante a execução do projeto e depois como uma rotina.

- qualificar a equipe sobre as formas ou vias para o controle de fatores de risco modificáveis na comunidade e os usuários afetados segundo o protocolo.

- orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer para a população.

- em cada consulta médica ou de enfermagem, orientar sobre a realização de caminhadas como uma via de ativação da circulação.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação:

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento

-capacitar a equipe sobre a prática de alimentação e nutrição saudável por parte do médico utilizando para isso o manual sobre 10 dicas para uma alimentação saudável.

-registrar no prontuário as orientações nutricionais dadas a cada usuário e comparar a perda ou ganho de peso entre uma consulta e outra avaliando o índice de massa corporal.

-aplicar aos usuários com doenças crônicas não transmissíveis, o questionário de Nas (2206) para perfil do estilo de vida individual por parte do médico, enfermeira e ACS.

Ação:

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento:

-avaliação das indicações de atividade física nos prontuários de cada usuário nas consultas pelo médico ou enfermeira.

Ação:

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento:

- cadastrar o número de usuários fumadores mediante a revisão dos prontuários clínicos e entrevistas feitas nas consultas pelo médico e a enfermeira.

Ação:

- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento:

-realizar atividades de promoção e prevenção de saúde bucal com a supervisão do técnico ou assistente em saúde bucal, os dias das consultas de forma contínua com demonstrações utilizando os materiais disponibilizados para isso.

Organização e gestão do serviço

Ação:

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento:

-ampliar e fortalecer as ações de alimentação saudável individual, familiar e na comunidade mediante ações de promoção de saúde pela equipe de forma contínua.

-ações de promoção da saúde na unidade de saúde com palestras dirigidas a população em geral pelos ACS monitorados pela enfermeira ou médico todos os dias nos dois turnos de trabalho.

Ação:

- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento:

-realizar reuniões e oficinas com gestores e nutricionista para discussão e planejamento de ações intersetoriais voltadas para a redução de agravos e doenças do aparelho circulatório.

-sensibilizar a especialista em nutrição para fazer atividades nas comunidades adstritas a nossa unidade, como tomada do peso corporal, medida de cintura e avaliação no terreno dos obesos e a população em geral uma vez ao mês.

Ação:

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento:

-orientar aos usuários e à comunidade sobre a realização de caminhadas na própria comunidade, nos parques ou áreas abertas em horas da manhã ou da tarde, que ativam a circulação, melhoram a qualidade de vida.

Ação:

- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento:

- criação do grupo de usuários hipertensos e diabéticos para a prática de exercícios físicos na comunidade duas a três vezes por semana em horário da manhã com o educador físico do NASF.

Ação:

- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento:

-sensibilizar aos gestores municipais de saúde da importância da compra de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo e sua importância na prevenção de agravos em usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Ação:

- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento:

-coordenar o atendimento individualizado destes usuários todas as semanas para revisão da cavidade bucal e garantir orientações individuais.

Engajamento público

Ação:

- Orientar hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento:

-sensibilizar a hipertensos e diabéticos e seus familiares quanto à importância das práticas saudáveis na melhoria da qualidade de vida e à prevenção de agravos através de práticas físicas e alimentação saudável.

Ação:

- Orientar hipertensos e diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento:

- estimular a população à prática de exercícios físicos orientando os benefícios do mesmo não só para os usuários diabéticos e hipertensos como também para a população em geral, junto com a modificação dos estilos de vida e alimentação saudável.

Ação:

- Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento:

-oferecer orientação sobre a existência do tratamento na unidade de saúde para abandonar o tabagismo a todos os usuários com esse hábito, assim como aos familiares em busca de apoio pela enfermeira, técnico em enfermagem, médicos e ACS da equipe.

Ação:

- Orientar os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento:

-promover ações de promoção em saúde bucal a hipertensos, diabéticos e familiares nas palestras educativas, nas visitas domiciliares e ações na comunidade de forma contínua pela equipe com apoio do técnico em saúde bucal.

Qualificação da prática clínica**Ação:**

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

Detalhamento:

-coordenar capacitação dos profissionais de saúde sobre práticas de alimentação saudável dos portadores das doenças do aparelho circulatório com assessoramento do nutricionista do NASF mensalmente.

Ação:

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento:

-capacitação pelo médico e enfermeira da equipe das unidades a todos os trabalhadores sobre as metodologias de educação em saúde utilizando os protocolos do ministério.

Ação:

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Detalhamento:

-garantir a capacitação da equipe sobre os benefícios da prática de atividade física regular, seus benéficos para a saúde e como devem ser orientadas aos usuários alvos de nossa intervenção e a população em geral, mediante as ações de promoção e prevenção de saúde na comunidade.

Ação:

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento:

-garantir a capacitação da equipe com assessoramento do educador físico do NASF que atende nossa unidade de saúde no município.

Ação:

- Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Detalhamento.

-capacitação da equipe e resto dos trabalhadores da unidade básica de saúde sobre o tratamento de usuários tabagistas por pessoal certificado para isso, de forma contínua pela repercussão negativa sobre a saúde pessoal e coletiva.

Ação:

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento:

-oferecer à equipe, capacitação a cada 15 dias sobre metodologias de educação em saúde e tabagismo, pelo médico ou pessoal qualificado utilizando o material necessário.

Ação:

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento:

-capacitação a equipe por técnico em saúde bucal da unidade básica para oferecer orientações adequadas sobre higiene bucal aos usuários nas consultas, visitas domiciliares e ações na comunidade todos os meses.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1 Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

Meta 1.1 Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1 Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2 Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 2 Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2 Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1 Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 4 Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3 Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3 Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4 Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4 Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.5 Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5 Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6 Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7 Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8 Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 3 Melhorar adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa HIPERDIA.

Meta 3.1 Buscar 100% do hipertenso faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1 Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2 Buscar 100% do diabético faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2 Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1 Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2 Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5 Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2 Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6 Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1 Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2 Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3 Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.3 Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4 Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.4 Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5 Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.5 Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6 Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.6 Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7 Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.7 Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8 Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.8 Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes mellitus vamos adotar os Cadernos de Atenção Básica, n. 36 de Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica e n. 37 Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus do Ministério da Saúde, 2013.

Para monitoramento e avaliação utilizaremos a Ficha Espelho (anexo C) (elaborada pela UFpel), durante o atendimento clínico individual diário, onde preencheremos os dados pessoais e todas as informações relacionadas como exames complementares, classificação do risco cardiovascular, programação de consultas entre outras informações de importância para a intervenção.

Para o acompanhamento dos Indicadores e das Metas será utilizada a Planilha de Coleta de Dados (PCD) (anexo B), elaborada pela UFPE e esta será alimentada com todas as informações fornecidas na ficha espelho. Utilizaremos também a ficha de Cadastro do Hipertenso e/ou Diabético disponíveis no município. A ficha não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de estilos de vida, adoção a medicamentos e atividades físicas habituais. Com esta intervenção espera-se acrescentar a prevenção e redução das doenças e agravos não transmissíveis (DANT) e melhorar a qualidade de vida da população adstrita mediante a promoção de saúde. Faremos contato com o gestor municipal para dispor das fichas espelho necessárias, assim como para os materiais necessários.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro junto com os agentes comunitários de saúde identificando todos os usuários cadastrados com patologias crônicas não transmissíveis que vieram ao serviço para consulta de Hiperdia ou atendimentos de demanda espontânea, no

último ano. A profissional localizará os prontuários destes usuários e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos, laboratoriais, e vacinas.

2.3.4 Cronograma

ATIVIDADES.	SEMANAS															
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16
Capacitação dos membros da equipe de saúde da UBS sobre o protocolo de Estratégias para os cuidados das pessoas com doenças crônicas: Hipertensão Arterial e/ ou Diabetes Mellitus.																
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática.																
Cadastramento de todos os usuários com Hipertensão arterial e Diabetes mellitus na área adstrita no programa pela equipe.																
Capacitação da equipe para aplicação dos testes complementares da informação e das atividades educativas a realizar.																
Contato com lideranças comunitárias e gestor Municipal para falar sobre a importância da ação programática selecionada, solicitando apoio para o cadastramento de hipertensos e diabéticos e para as demais estratégias que serão desenvolvidas e os recursos necessários para isso.																
Grupo de Hipertensos e Diabéticos.																
Atendimento clínico dos Hipertensos e Diabéticos.																
Capacitação dos ACS para realização de busca ativa de Hipertensos e Diabéticos faltosos.																
Busca ativa dos usuários faltosos às consultas.																
Monitoramento da intervenção.																
Apresentação dos resultados à Equipe e comunidade da UBS.																

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A avaliação e o monitoramento da intervenção foram feitos todos os dias da mesma forma que a supervisão da triagem pelo enfermeiro e o médico da equipe, todas as semanas após concluir uma semana foram avaliadas todas as atividades feitas na reunião de equipe e realizamos capacitações sobre doenças crônicas não transmissíveis, neste caso hipertensão e diabetes com os profissionais da equipe. Também teve lugar a avaliação de prontuários e fichas espelho.

Ações previstas e desenvolvidas têm no eixo Organização e Gestão do Serviço, as reuniões com a equipe de saúde foram efetivadas, com apresentação do projeto para melhorar a atenção aos usuários hipertensos e diabéticos, o estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática desde a primeira semana, a capacitação dos membros da equipe de saúde sobre o protocolo do ministério, estratégias para os cuidados deste grupo alvo da população foi contínua, com discussão das dúvidas e escuta de sugestões para seu melhor desenvolvimento segundo as características de nossa população adstrita. Foi realizado contato com o gestor municipal para a sensibilização sobre a ação programática e levar a seu conhecimento todas as ações que foram desenvolvidas, assim como aos líderes da comunidade.

A divulgação contínua da ação programática para os hipertensos e/ou diabéticos ocorreu durante as palestras educativas, foram feitas conversas e palestras sobre o tabagismo e doenças crônicas, fatores de risco cardiovascular em usuários com hipertensão e diabetes, sedentarismo e seu repercussão, também sobre complicações destas doenças e sua prevenção, além disso, explicou-se a importância de assistir as consultas agendadas segundo o protocolo de Hiperdia para alcançar um melhor controle destas doenças, e falamos sobre o serviço que

oferece nossa UBS na atenção a hipertensos e diabéticos como o acolhimento, nas consultas e durante as visitas domiciliares pela equipe. Além disso, organizou-se a logística do trabalho de campo para o preenchimento da planilha de coleta de dados pelo médico e os encontros mensais com os grupos formados por usuários hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares.

Foram realizados os cadastramentos dos usuários no programa HIPERDIA, a identificação de usuários com atrasos em exames, cadastro de novos hipertensos e diabéticos, preenchimento de prontuários, fichas espelho. Também foram feitas visitas domiciliares, a busca ativa dos faltosos à consulta, foram avaliados todos os usuários por diferentes especialidades, foram feitas ações de saúde com a participação do NASF e atendimentos clínicos na UBS para avaliar este grupo alvo.

Com relação ao Engajamento Público, a mobilização dos usuários hipertensos e/ou diabéticos e familiares para a participação na ação programática e formação dos grupos educativos e nas visitas domiciliares foi realizada pela equipe sem grandes problemas durante a intervenção.

Também foram organizadas atividades para a prática de atividades físicas e sobre alimentação saudável, pelo educador físico do NASF a cada mês da ação. Essas atividades foram desenvolvidas na UBS e na comunidade e todas as quintas-feiras foram avaliados os usuários encaminhados pela equipe para a nutricionista do NASF.

Na qualificação da prática clínica teve lugar a capacitação contínua da equipe todas as semanas sobre temas de HAS e DM, sobre acolhimento e demanda espontânea, sobre como fazer uma triagem adequada, e sobre diferentes temas relacionados com estas doenças como complicações freqüentes, planos de tratamento, fatores de riscos desencadeantes destas doenças.

Como dificuldade em geral temos a não participação da odontóloga e assistente bucal em nossas atividades, por diferentes problemas quase sempre pela falta de material odontológico, o qual é um problema em todo o município.

Como facilidades têm o apoio do gestor municipal e das lideranças comunitárias, que ajudam com a logística para o desenvolvimento das atividades.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações previstas foram desenvolvidas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Durante a coleta e sistematização dos dados, os dados da planilha fornecida pelo curso foram preenchidos adequadamente nas consultas e nas visitas domiciliares, assim como registrados de forma correta na planilha Excel, para a avaliação dos indicadores gerados a cada mês, os quais sempre foram informados à equipe com a finalidade de melhorar os mesmos.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A intervenção realizada até agora para melhorar a atenção aos usuários hipertensos e diabéticos em nossa UBS pode ser incorporada na rotina do serviço. Demanda apenas que tal incorporação no cotidiano do serviço tenha sua execução planejada (durante a recepção dos usuários, nos encontros de grupo, atendimento médico ou de enfermagem ou durante as visitas domiciliares feitas pela equipe) e reforçada nas reuniões da equipe de saúde da família como fizemos até agora.

O cadastramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos continua sendo realizado durante o acesso dos mesmos na UBS. O cadastramento dos usuários com doenças crônicas não transmissíveis no Programa HIPERDIA, conforma uma ação de grande importância para a prevenção e controle destas doenças favorecendo uma vinculação e um melhor acompanhamento desses usuários, e garante o recebimento de fármacos para o tratamento medicamentoso, devendo ser incorporado no cotidiano do serviço. Para tanto, faz-se necessário o comprometimento e a dedicação de toda a equipe multidisciplinar, além do treinamento específico necessário, proporcionado através de capacitações e/ou reuniões de equipe. As atividades educativas que foram realizadas na comunidade, com os grupos de hipertensos e diabéticos pela equipe e com a colaboração do NASF tem que continuar.

No entanto, fica o desafio para a equipe da saúde da família em dar continuidade ao cronograma da intervenção, continuar supervisionando as atividades a serem desenvolvidas em cada encontro com os usuários, assim como cadastrar ainda mais usuários com mobilidade oculta e melhorar os diferentes indicadores.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

De acordo com o cadastro dos ACS, que inclui informações de toda a população da área de abrangência da nossa UBS, haviam 1148 pessoas identificadas como portadoras de HAS e 367 com DM dos quais participaram da intervenção 213 hipertensos o que representou um 18% e 71 (19%) diabéticos. Deles, 43 apresentavam as duas doenças. Sendo 151 indivíduos do sexo feminino e 90 do sexo masculino e predominou o grupo etário entre os 60 e 69 anos.

Os antecedentes familiares de DCNT estiveram presentes em 50% da população alvo e a maioria referiu com no mínimo 4 anos com o diagnóstico e acompanhamento pela ESF. Cerca de 90% utiliza medicamentos para o controle de sua patologia.

A avaliação dos indicadores ao final de cada mês da intervenção permitiu obter resultados, os quais explicamos em seguida:

Objetivo 1 Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

Meta 1.1 Cadastrar 98% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1 Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

As figuras 1 e 2 mostram as coberturas de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos durante a intervenção e como pode-se observar, a mesma aumentou á medida que avançamos na aplicação e divulgação da estratégia educativa selecionada. Alcançando 213 (18%) usuários e cobertura para a atenção aos hipertensos e 71 (19%) usuários diabéticos. Isso aconteceu, pois o tempo foi muito curto para alcançar a cobertura esperada.

Começamos com 57 (5%) hipertensos no primeiro mês, depois no segundo mês 23 (10%), no terceiro mês 196 (17%). Conseguimos cadastrar no mês quatro 213 (18%) hipertensos. O resultado não está de acordo com a meta proposta, mas entendemos que houve um crescimento importante (Figura 1).

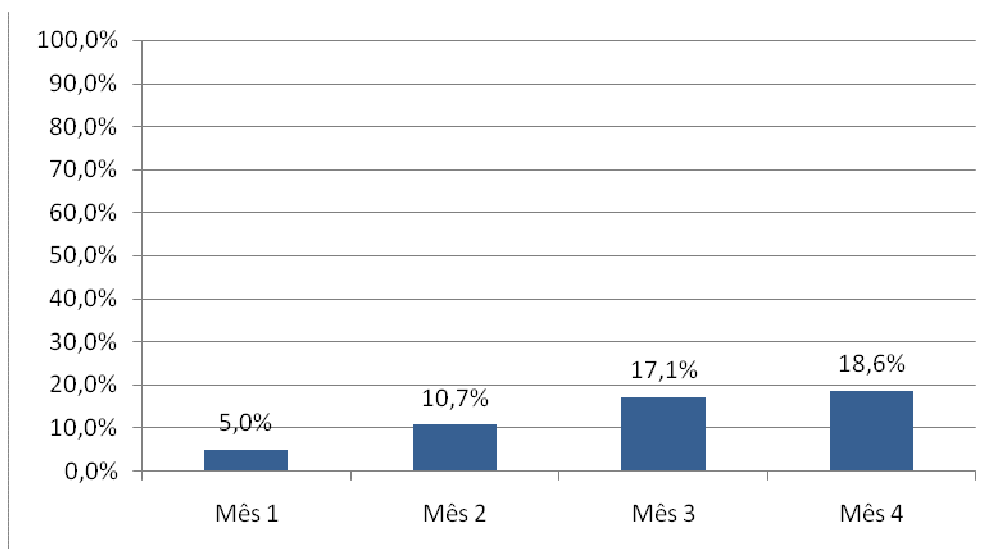


Figura 1 Gráfico indicativo da evolução mensal da cobertura do programa de atenção aos portadores de hipertensão arterial na UBS/ESF Área Portuária, Santana/AP.2015

Meta 1.2 Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2 Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde

Começamos com 20 (5%) diabéticos no primeiro mês depois no segundo mês 39 (10%), no terceiro mês 64 (17%). Conseguimos cadastrar no mês quatro 71 diabéticos o que representa 19%. O resultado não está de acordo com a meta proposta, mas também se observa aumento (Figura 2)

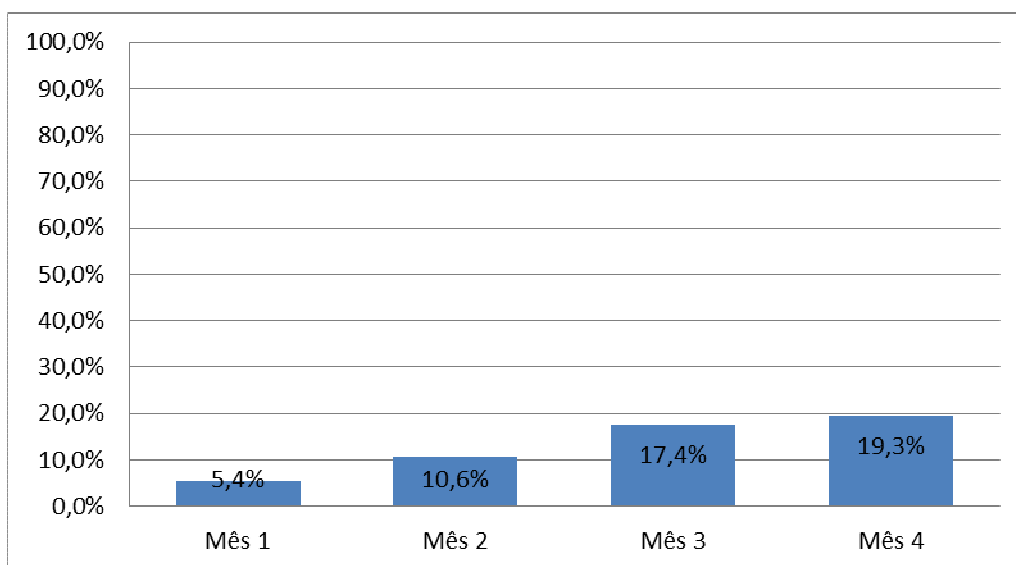


Figura 2 Gráfico indicativo da evolução mensal da cobertura do programa de atenção aos portadores de diabetes mellitus na UBS/ESF Área Portuária, Santana/AP.2015

Objetivo 2 Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1 Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 4 Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Continuamos com a proporção de usuários com exame clínico em dia de acordo com o protocolo do Ministério para um adequado acompanhamento e avaliação para este grupo alvo da população e constatamos que 100% dos usuários hipertensos e diabéticos tem o exame clínico feito segundo o protocolo.

Meta 2.3 Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3 Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Segundo a proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo ao protocolo começamos com 28 hipertensos no primeiro mês (49%), depois

no mês dois 66 (53%), no mês três 124 (63%). Conseguimos no mês quatro 137 hipertensos que representa 64% (Figura 3).

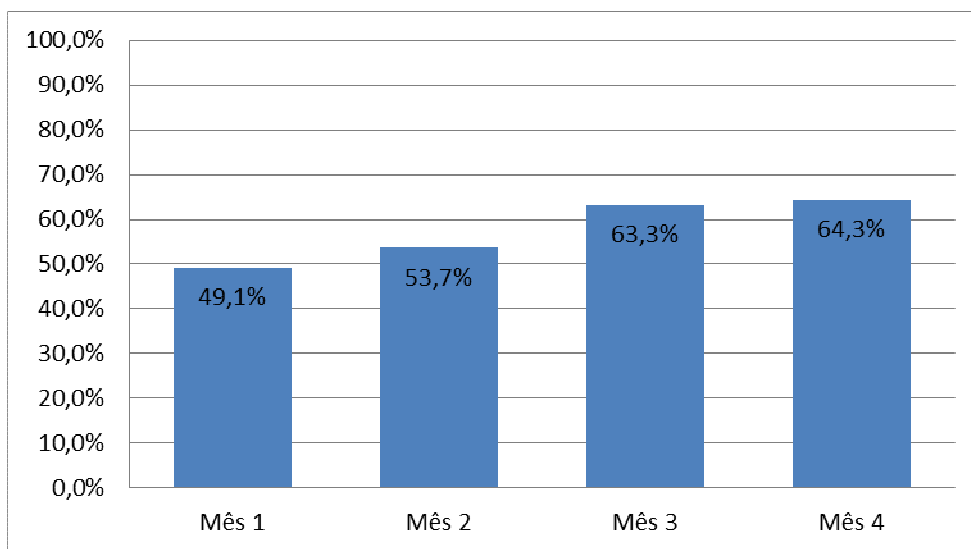


Figura 3 Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS/ESF Área Portuária, Santana/AP.2015

Meta 2.4 Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4 Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Segundo a proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo ao protocolo começamos com 10 usuários no primeiro mês (50%), depois no mês dois 23 (59%), no mês três 46 (71%). Conseguimos no mês quatro 53 diabéticos que representa um 74% (Figura 4).

Em ambos gráficos podemos observar um aumento significativo durante a intervenção, devido ao trabalho feito com a população como conversas educativas, ações de saúde, demonstrando a importância dos exames para um melhor controle destas doenças.

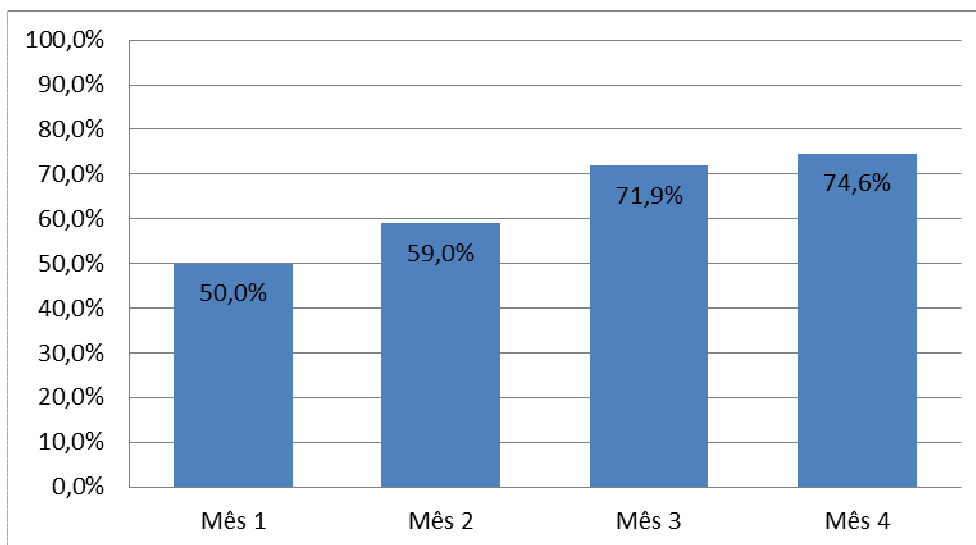


Figura 4 Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS/ESF Área Portuária, Santana/AP.2015

Meta 2.5 Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5 Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

A prescrição de medicamentos para o controle e a combinação de mais de um, para o tratamento das patologias analisadas é muito freqüente, pois poucos usuários controlam somente com a dieta.

O uso destes medicamentos disponibilizados pelo ministério de saúde para as unidades básicas da rede pública às vezes não satisfaz as demandas existentes pelo número elevado de portadores de DCNT.

Segundo a proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA priorizada começamos com 42 hipertensos no primeiro mês (73%), depois no mês dois 94 (76%), no mês três 157 (80%). Conseguimos no mês quatro 173 hipertensos que representa um 81%. (Figura 5).

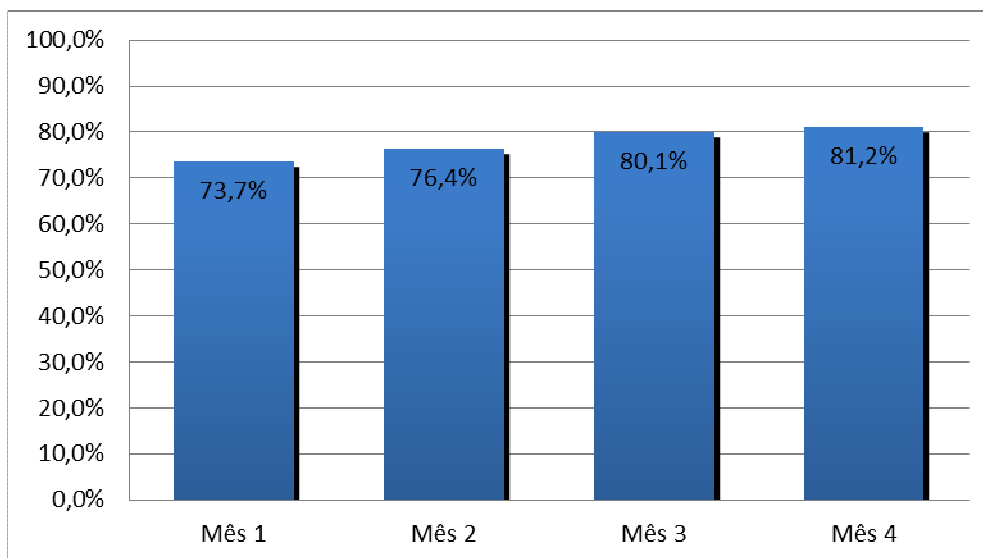


Figura 5: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia na UBS/ESF Área Portuária, Santana/AP. .2015

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6 Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Segundo a proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA priorizada começamos com 16 usuários no primeiro mês (80%), depois no mês dois 34 (87%), no mês três 59 (92%). Conseguimos no mês quatro 66 diabéticos que representa um 93%. (Figura 6).

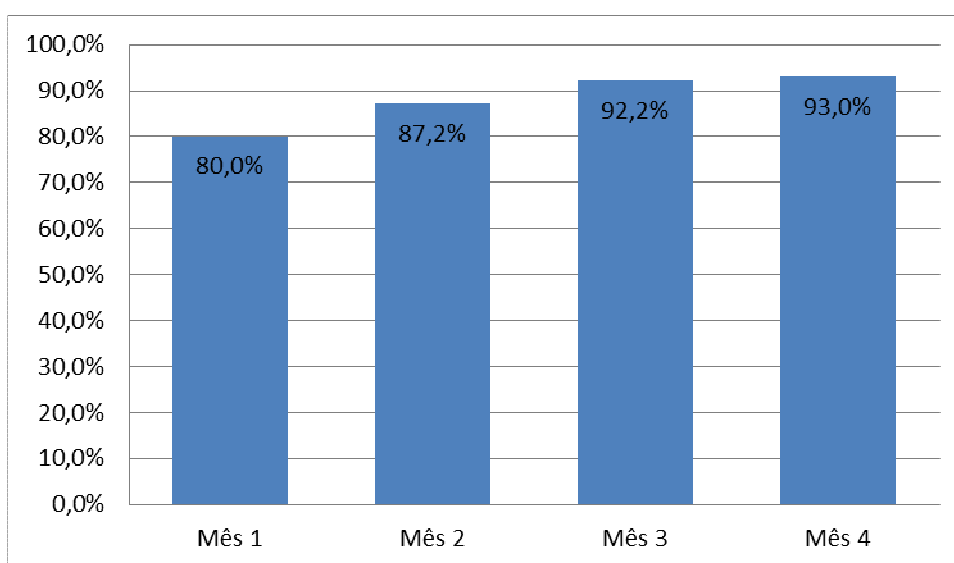


Figura 6: Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia na UBS/ESF Área Portuária, Santana/AP.

Meta 2.7 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7 Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Durante a realização do exame físico geral a cada usuário, também foi feito o exame ou avaliação da cavidade bucal para encaminhar os usuários à consulta odontológica em caso que fosse necessário, pois as doenças periodontais são muito freqüentes nestes usuários com destaque aos portadores de diabetes, em que é considerada como uma complicação microvascular.

As figuras 7 e 8 mostram o comportamento deste indicado com valores elevados de usuários com exame odontológico feito no terceiro e quarto mês, já que no primeiro foi o início da intervenção e no segundo apresentamos muito problemas com odontologia pela falta de material e a pouca participação nas atividades feitas pela equipe com a população. Segundo a proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, começamos com 10 hipertensos no primeiro mês (17%), depois no mês dois 10 (8%), no mês três 83 (42%). Conseguimos no mês quatro 100 hipertensos que representa 46%. (Figura 7).

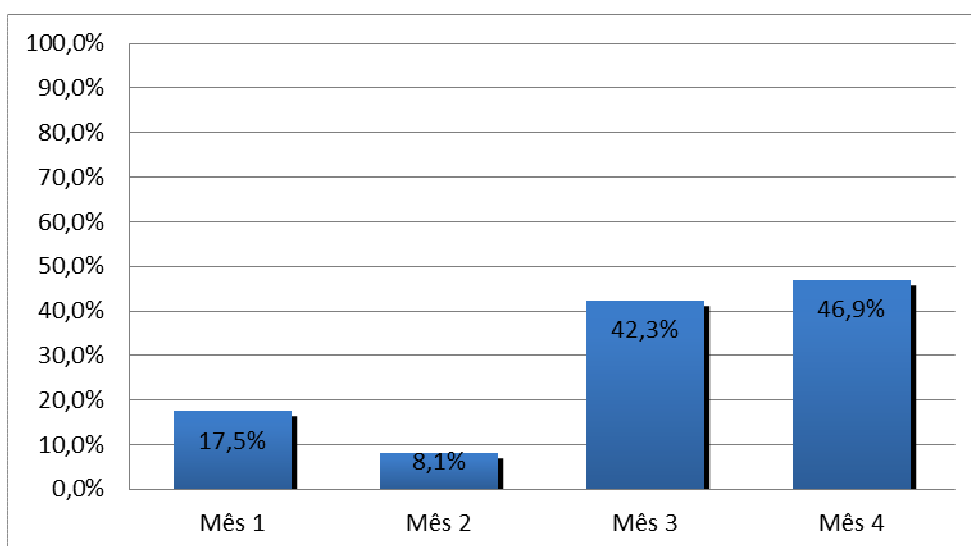


Figura 7: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS/ESF Área Portuária, Santana/AP. .2015

Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8 Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Segundo a proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico começamos com 5 usuários no primeiro mês (25%), depois no mês dois 5 (12%), no mês três 30 (46%). Conseguimos no mês quatro 37 diabéticos que representa um 52%. (Figura 8).

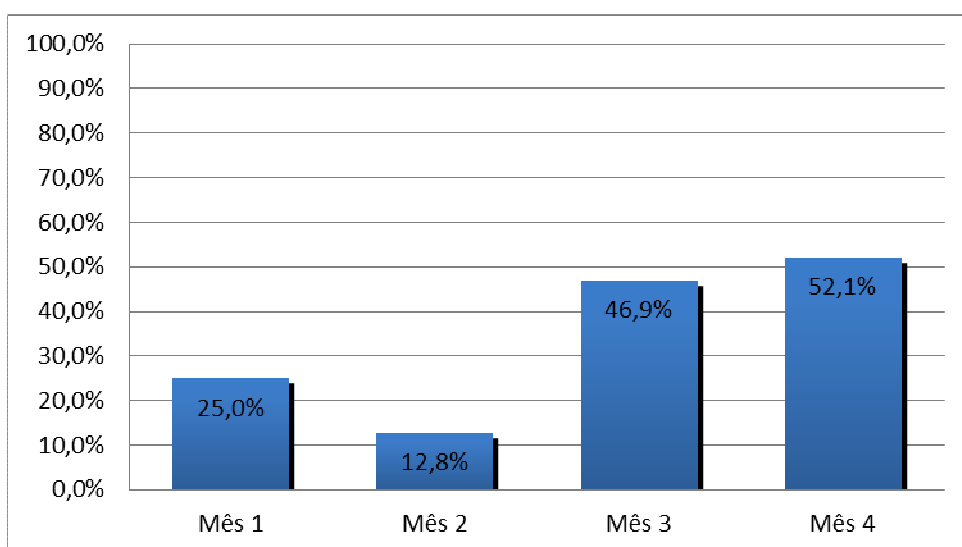


Figura 8: Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS/ESF Área Portuária, Santana/AP. .2015

Objetivo 3 Melhorar adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa HIPERDIA.

Meta 3.1 Buscar 100% do hipertenso faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1 Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Meta 3.2 Buscar 100% do diabético faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2 Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

A busca ativa dos faltosos às consultas, em ambos os casos, foi feita com 100% de cumprimento desde a primeira semana da intervenção. Destacando que a equipe foi rigorosa, neste caso, para facilitar a avaliação do maior número de usuários durante esta etapa da intervenção e garantir seu cadastramento e avaliação adequada. Para isso aproveitamos as visitas domiciliares, buscamos ajuda com pessoas da comunidade e em especial com os ACS da equipe. Este processo de busque da fica já na rotina da equipe por sua importância.

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1 Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2 Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

A ficha de acompanhamento é uma ferramenta básica utilizada para o preenchimento e localização das informações necessárias de cada usuário para um adequado acompanhamento e avaliação clínica e laboratorial. Durante todos os meses da intervenção tivemos 100% dos hipertensos e diabéticos com um adequado registro na ficha espelho e no prontuário clínico e na PCD.

Objetivo 5 Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Outro parâmetro analisado em cada usuário foi à estratificação do risco cardiovascular de acordo com a escala de Framingham. Este indicador nos permitiu ter uma valoração integral, como a equipe de saúde da família, sobre os diferentes riscos presentes em todos os usuários e sua repercussão nestas doenças. Daí as

ações contínuas desenvolvidas, com a finalidade de evitar as complicações, como ações de promoção em saúde individual e coletivas. Durante todos os meses da intervenção tivemos 100% dos hipertensos e diabéticos com sua estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Objetivo 6 Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1 Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2 Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Meta 6.3 Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.3 Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Meta 6.4 Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.4 Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Meta 6.5 Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.5 Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Meta 6.6 Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.6 Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Meta 6.7 Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.7 Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Meta 6.8 Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.8 Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

A alimentação e a nutrição são condições fundamentais para o crescimento e desenvolvimento humano com qualidade. Assim como a eliminação de maus hábitos que determinam o processo de saúde e de doença da população. Em nossa intervenção com a finalidade de promover saúde e melhorar a qualidade de vida deste grupo alvo da população, foram desenvolvidas diferentes atividades de promoção e prevenção de saúde com a comunidade, indicando a importância da prática de exercícios físicos regulares, sobre uma alimentação saudável diante da orientação nutricional e avaliação em muitos casos pela nutricionista do NASF, também falamos dos riscos do tabagismo em doenças cardiovasculares e abordamos a importância da higiene bucal, por isso durante todos os meses da intervenção tivemos 100% dos hipertensos e diabéticos que receberam estas orientações .

4.2 Discussão

Desde o começo do projeto com a análise situacional, nós identificamos em nossa unidade os diferentes problemas existentes, desde as barreiras arquitetônicas, problemas com a iluminação artificial e natural, a ventilação, até os registros inadequados (incompletos, deficientes) para os diferentes programas de atenção pela ESF aos diferentes grupos alvos da população, problemas que hoje devido à implementação da intervenção muitos já estão resolvidos, isso foi uma das coisas que apenas ao início de nosso projeto alcançamos. Já durante a definição do foco da intervenção relacionado à ação programática a desenvolver em nossa UBS (atenção a hipertensos e diabéticos), pois a atenção prestada a estes usuários não

era boa, baseava-se só nas consultas médicas feitas na unidade de saúde, não tinham um adequado registro das informações necessárias, as quais em sua maioria, não estavam cadastradas neste programa, assim como não possuíam um registro atualizado no prontuário clínico.

No momento em que alcançamos um adequado registro das informações deste grupo alvo, a intervenção propiciou a ampliação da cobertura deste programa, planejamos manter um acompanhamento dos hipertensos e diabéticos cumprindo com as consultas programadas segundo o protocolo, outro bom resultado alcançado foi a avaliação dos usuários por diferentes especialidades e alcançamos um aumento nas visitas domiciliares incorporando a elas a equipe do NASF.

Para a equipe também foi muito importante a intervenção, pois exigiu a capacitação de todos na equipe para alcançar um melhor trabalho segundo o protocolo de atenção de Hipertensão. Melhorou o trabalho em equipe já que aumentou a comunicação entre nós e a retroalimentação, alcançamos um destacado trabalho da técnica de enfermagem na melhoria significativa do acolhimento aos usuários, ressaltamos o bom trabalho feito pelos agentes de saúde na busca de faltosos às consultas. Nosso serviço melhorou muito com a intervenção já que houve um aumento da acessibilidade com um acolhimento e orientação tomando em conta os riscos biológicos individuais, o que permitiu um melhor agendamento de consultas, assim como também aumentou o tempo das consultas oferecidas o que permitiu, neste caso, brindar as orientações mais importantes para este grupo alvo, e realizar registros com maior qualidade e mais calma, incluindo o cadastramento no programa, também envolveu os gestores da UBS em nossa intervenção, o que melhorou a relação com eles e criamos um espaço todas as semanas para o contato com os mesmos.

A comunidade está muito satisfeita com o trabalho feito até o momento, os hipertensos e diabéticos estão contentes de serem acompanhados pelo programa da atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou diabetes agora tem maior percepção do risco do que antes da intervenção, a população sente que tem pessoas que se preocupam pela saúde deles, então eles cuidam melhor de sua saúde, cumprem com as orientações médicas, e brindam seu apoio a qualquer programa de saúde desenvolvido nesta área. Caso fosse realizar a intervenção de novo eu faria diferente algumas coisas, por exemplo, desde a análise situacional eu teria discutido as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe, com a

comunidade e com os gestores municipais para que desde o início eles conhecessem a realidade deste programa e obteriam um maior apoio deles no desenvolvimento do projeto, também eu aumentaria o tempo da intervenção para alcançar um maior contato com a população.

Como ações previstas no projeto incorporadas à rotina do serviço temos a criação de grupos de hipertensos e diabéticos, a realização de ações de saúde uma vez na semana com a participação da equipe do NASF, a busca dos faltosos a consultas em todas as visitas domiciliares, o atendimento odontológico para este grupo alvo, que vai ser priorizado.

Todas as ações estão funcionando adequadamente, para isso contamos com o apoio dos diretores da UBS, gestor municipal e a comunidade. Os próximos passos para melhorar a atenção à saúde no serviço são aumentar a cobertura do programa de atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos, tomar como exemplo este projeto e aplicá-lo em outro programa com dificuldade em nossa UBS, manter a capacitação do pessoal da UBS sobre temas específicos de saúde relacionados com nossa rotina diária e manter e/ou melhorar o trabalho feito até o momento, estendendo para todos os programas de saúde da UBS.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado gestor, após a análise situacional realizada no curso de especialização, foram identificados os baixos indicadores encontrados na atenção aos hipertensos e diabéticos acompanhados em nossa UBS e os registros inadequados era um dos principais problemas enfrentados. Por tanto, ações de intervenção foram planejadas e desenvolvidas de acordo com os eixos do Projeto Pedagógico do Curso: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público, e qualificação da prática clínica.

A aplicação da ficha espelho fornecida pelo curso, para o cadastramento e avaliação continuada dos hipertensos e diabéticos durante a intervenção, foi aplicada pelo médico especializando aos usuários cadastrados pelos ACS e que participaram da intervenção. Essa ficha foi atualizada em cada consulta realizada e nas visitas domiciliares, como parte de nossa rotina, para cumprir nosso objetivo de melhorar a atenção oferecida a este grupo alvo da população adstrita a UBS e fazer prevenção das complicações crônicas ou agudas.

No final da intervenção observou-se uma melhora dos indicadores além do pouco tempo que foi implementado o projeto, por exemplo, segundo a proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo começou com 28 hipertensos no primeiro mês (49%), depois no mês dois 66 (53%), no mês três 124 (63%). Conseguimos no mês quatro 137 hipertensos que representa 64%. E segundo a proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo ao protocolo começamos com 10 usuários no primeiro mês (50%), depois no mês dois 23 (59%), no mês três 46 (71%). Conseguimos no mês quatro 53 diabéticos que representa 74% podemos observar um aumento significativo durante a intervenção, devido ao trabalho feito com a

população como conversas educativas, ações de saúde, demonstrando a importância dos exames para um melhor controle destas doenças.

A equipe foi capacitada permanentemente sobre os temas relacionados à HAS, DM e na organização do processo de trabalho em saúde da família, segundo o protocolo do Ministério da Saúde para essas atividades educativas. A busca dos faltosos às consultas foi realizada desde o começo e a cada semana da intervenção, os ACS como os principais responsáveis passaram a realizar essas ações na comunidade alcançando 100% na busca dos faltosos ao término do projeto, também alcançamos 100% dos hipertensos e diabéticos com um adequado registro na ficha. Outro parâmetro analisado em cada usuário foi a estratificação do risco cardiovascular de acordo com a escala de Framingham. Este indicador nos permitiu ter uma valoração integral, como a equipe de saúde da família, sobre os diferentes riscos presentes em todos os usuários e sua repercussão nestas doenças.

Na perspectiva de melhorar a atenção foram realizados encontros semanais com os usuários. Com a finalidade de desenvolver atividades de prevenção e promoção em saúde diante temas como a importância da prática de atividades físicas regulares, alimentação saudável, higiene bucal, fatores de riscos como o tabagismo, a obesidade, sedentarismo e a importância do tratamento medicamentoso. Essas atividades de educação em saúde passaram a ser inseridas na rotina do serviço, para manter e melhorar ainda mais o trabalho realizado com este grupo alvo.

O cadastramento dos hipertensos e diabéticos no programa HIPERDIA, configurou-se uma ação de grande importância para a prevenção e controle da HAS e DM, que será mantida na rotina da equipe, exigindo comprometimento e dedicação de todos os profissionais de saúde. Contamos com o apoio da secretaria municipal de saúde para o fornecimento das fichas impressas e pastas para o controle dos dados.

No eixo Engajamento Público, o contato com os líderes da comunidade e as atividades educativas foram realizadas, tanto nos espaços da UBS, como na comunidade. No entanto, fica o desafio para que a equipe de saúde da família possa dar continuidade ao cronograma da intervenção, programar e supervisionar as atividades a serem desenvolvidas a cada semana para incrementar esse contato com a comunidade.

A Qualificação da Prática Clínica deve ser inserida na rotina da UBS a partir da realização de atividades de educação em serviço, a fim de estabelecer um cronograma de capacitações que contribua para proporcionar um maior conhecimento acerca dos temas de interesse coletivo e possibilite reforçar o compromisso e as atribuições tanto da equipe multidisciplinar da UBS e dos profissionais. Neste sentido também é necessário que a gestão central fortaleça estas iniciativas.

É preciso estabelecer e garantir uma rotina de supervisão das atividades compartilhada com a equipe de saúde e voltada às demandas da população como ator principal de nossa gestão. Outra questão importante é a implantação da equipe de saúde bucal para os atendimentos odontológicos e a melhoria no agendamento e realização dos exames laboratoriais para o acompanhamento integral dos usuários hipertensos e diabéticos pela equipe.

Para que a qualificação das ações seja contínua e de fato faça parte da rotina da Unidade, consideramos fundamental o envolvimento de todos os gestores e para tal, a equipe está à disposição para ampliar vínculo com gestores e juntos efetivarmos a parceria necessária.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Caríssima comunidade, após a análise situacional da UBS durante as tarefas do curso de especialização, em relação aos cuidados dos hipertensos e diabéticos, identificou-se que um dos problemas enfrentados eram os baixos indicadores de cobertura e da qualidade na atenção ofertada para este grupo de usuários. Dentre estes, por exemplo, a não efetivação da estratificação de risco cardiovascular por critérios clínicos, o atraso das consultas programadas, a não realização e entrega de exames complementares periódicos em dia, a ausência de orientações contínuas sobre a prática de atividade física regular, alimentação saudável, higiene bucal, etc.

Por isso foi planejada uma intervenção para melhorar a atenção dos hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS. Portanto foram desenvolvidas ações durante a intervenção por todos os profissionais de saúde da equipe com o apoio da equipe do NASF.

Foram realizadas reuniões com a equipe de saúde na UBS para apresentação do Projeto de Intervenção selecionado e da ficha espelho, proporcionada pelo curso, a qual seria utilizada para a avaliação individual de cada usuário e assim melhorar a atenção destes. Todos os membros da equipe foram capacitados permanentemente sobre os temas relacionados à hipertensão, diabetes e a organização dos serviços de saúde, de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde.

A comunidade ganhou na melhoria do acolhimento para todos os usuários na UBS assim como do atendimento clínico prestado pelo médico e enfermeiro e pelos atendimentos assistenciais realizados pelas técnicas de enfermagem. Iniciamos também a avaliação do risco cardiovascular por exame clínico dos hipertensos e diabéticos, preenchimento adequado da ficha de acompanhamento individual e indicação dos exames complementares.

Também melhorou o monitoramento dos hipertensos e diabéticos quanto ao cadastramento no Programa HIPERDIA e registro atualizado no prontuário, assim como o acesso deste grupo aos medicamentos fornecidos pelo SUS e a formação de grupos para educação em saúde, com realização de atividades educativas baseadas em a prevenção e promoção.

A comunidade pode apoiar o projeto de intervenção através do engajamento e da mobilização dos usuários hipertensos e diabéticos e familiares para a participação nas ações que estão sendo ofertadas pela equipe.

Após os três meses da intervenção constatou-se que os objetivos inicialmente propostos, de melhorar a qualidade da atenção prestada aos hipertensos e diabéticos, assim como sua adesão ao programa, a cobertura e os registros, da UBS foram cumpridos, mesmo que de forma parcial, mas foi uma grande melhora na atenção a este grupo alvo.

Observou-se melhoria dos indicadores apesar do pouco tempo que foi implementado o projeto, por exemplo, segundo a proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo ao protocolo começou com 28 hipertensos no primeiro mês (49%), depois no mês dois 66 (53%), no mês três 124 (63%).

Conseguimos no mês quatro 137 hipertensos que representa um 64%. E segundo a proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo ao protocolo começamos com 10 usuários no primeiro mês (50%), depois no mês dois 23 (59%), no mês três 46 (71%). Conseguimos no mês quatro 53 diabéticos que representa um 74% podemos observar um aumento significativo durante a intervenção, devido ao trabalho feito com a população como conversas educativas, ações de saúde, demonstrando a importância dos exames para um melhor controle destas doenças.

A busca dos faltosos às consultas foi realizada desde o começo e a cada semana da intervenção, os ACS como os principais responsáveis passaram a realizar essas ações na comunidade alcançando 100% na busca dos faltosos ao término do projeto, também alcançamos 100% dos hipertensos e diabéticos com um adequado registro na ficha.

Outro parâmetro analisado em cada usuário foi a estratificação do risco cardiovascular de acordo com a escala de Framingham. Este indicador nos permitiu ter uma valoração integral, como a equipe de saúde da família, sobre os diferentes

riscos presentes em todos os usuários e sua repercussão nestas doenças e como evitá-las.

Consideramos fundamental o envolvimento da comunidade para que de fato a equipe da UBS/ESF mantenha o cuidado em saúde. O envolvimento da comunidade fortalece a participação e o controle social e contribui para a possibilidade de toda população pontuar a avaliar as ações em busca de ampliar a satisfação.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Como parte da permanência no Programa Mais Médicos foi necessário a matrícula e participação no curso de especialização em Saúde da Família, integrante da rede Universidade Aberta do SUS - UNASUS, através da UFPEL.

O curso teve como finalidade o conhecimento sobre a Atenção Primária à Saúde e a organização dos serviços de saúde da família no Brasil, onde desenvolveríamos nosso trabalho como médicos de família na comunidade.

O curso foi muito interessante para mim desde o início, visto que facilitou ampliar conhecimentos com outros colegas do programa, atuantes em outros estados e o contato com professores/orientadores brasileiros.

Iniciei o curso pela leitura do Projeto Pedagógico, e realmente gostei da inter-relação entre este e o programa do curso que é muito integrador em sua formação, preparando bem o especializando. A partir desse momento visei melhorar minha qualificação profissional.

Conheci o Ambiente Virtual de Aprendizagem como algo novo até agora já que estava acostumado às aulas com o professor sempre presencial, orientando e guiando os conhecimentos. Com os Testes de Qualificação Clínica, estudei novos conteúdos e incorporei estes conhecimentos ao meu desenvolvimento durante as consultas e fiquei ainda mais fascinado com o curso e a estrutura do mesmo que acho excelente.

Ao entender o Projeto Pedagógico do curso, o objetivo da minha participação deixou de ser pessoal e passou a ser coletivo. Compartilhei minhas idéias, meu conhecimento com a equipe de saúde, na UBS onde trabalho e divulguei o curso para outros profissionais da minha UBS e incentivei a participação deles para sua superação pessoal e coletiva. Usando a integração e a universalidade, em várias

ocasiões levei para os fóruns considerações e dúvidas, compartilhando experiências.

Passei por alguns problemas nas primeiras semanas, referente a dúvidas sobre várias tarefas, mas com as orientações da orientadora a qual agradeço, me ajudou e ensinou também a ser um estudante mais organizado. Durante o curso nunca deixei de enviar as tarefas ou trabalhos de prática clínica ou de saúde coletiva e não deixei de utilizar o Diálogo Orientador-Especializando como espaço entre a orientadora e eu para esclarecer dúvidas e trocar idéias.

Considero que realizar a intervenção escolhida na UBS onde trabalho foi um grande avanço, já que tínhamos identificado durante a análise situacional os principais problemas relacionados à atenção aos hipertensos e diabéticos, alcançando resultados satisfatórios já com a implementação do projeto.

O curso de especialização em saúde da família da UFPEL significou para minha prática profissional a possibilidade de adquirir novos conhecimentos acerca da ESF no Brasil e a oportunidade de mudança dos membros da equipe de nossa UBS Área Portuária no acolhimento e a atenção aos usuários. Assim como de poder incorporar à rotina da equipe, a intervenção e as atividades de promoção e prevenção como uma tarefa mais a desenvolver a cada dia e ser monitoradas e avaliadas nas reuniões da equipe.

O planejamento das ações em saúde, o conceito e organização da demanda espontânea na Estratégia Saúde da Família e a organização do processo de trabalho dos membros da equipe, com diferentes características, foram os tópicos mais relevantes decorrentes do curso e os que eu nunca vou esquecer.

Também consolidei, neste curso, que nossas ações em saúde devem ser programadas baseando-se em dados (indicadores), pois é onde melhor são apresentadas todas as necessidades da população assistida e onde podemos definir e/ou priorizar ações específicas direcionadas a elas, para que promovamos um impacto no processo saúde-doença.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 56 p. - (Cadernos de Atenção Básica; 14) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Henrique NN, Costa PS, Vileti JL, Corrêa MCM, Carvalho EC. Hipertensão arterial e diabetes mellitus: um estudo sobre os programas de atenção básica. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2008 abr/jun; 16 (2):168-73.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

Apêndices



—Figura 9 Fotografias de atendimento clínico na UBS.



Figura 10 Fotografias de uma ação de saúde em parceria com o NASF na comunidade

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^{fa} Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

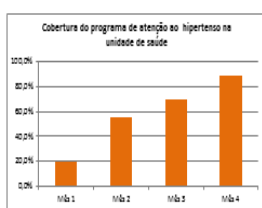
Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B - Planilha de coleta de dados

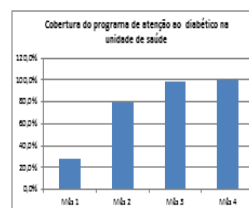
Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1																		
Indicadores para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		

INDICADORES

	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
1.1				
Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde	19,0%	55,2%	65,7%	81,6%
Numerador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da UBS	85	237	299	300
Denominador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde	429	429	429	429



	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
1.2				
Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde	27,4%	90,2%	99,0%	100,0%
Numerador: Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da UBS	29	85	105	106
Denominador: Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde	106	106	106	106



	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.1				
Preparação do hipertenso com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Numerador: Número de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	85	237	299	300
Denominador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da UBS	85	237	299	300



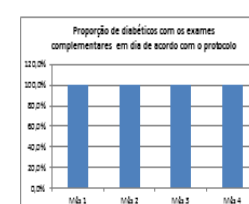
	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.2				
Preparação do diabético com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Numerador: Número de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	29	85	105	106
Denominador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da UBS	29	85	105	106



	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.3				
Preparação do hipertenso com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Numerador: Número de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	85	237	299	300
Denominador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da UBS	85	237	299	300



	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.4				
Preparação do diabético com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Numerador: Número de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	29	85	105	106
Denominador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da UBS	29	85	105	106



Anexo C – Ficha espelho frente e Verso



Especialização em
Saúde da Família
e Federal de Pelotas

PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____
 Endereço: _____ Precisa de cuidador? () Sim () Não
 Nome do cuidador _____ Telefones de contato: _____/_____/_____
 Tem HAS? () Sim () Não Tem DM? () Sim () Não Tem HAS e DM? () Sim () Não Está cadastrado no HIPERDIA? () Sim () Não
 Há quanto tempo tem: HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____ Estatura: _____ cm Perímetro Braquial: _____ cm

[illegible][illegible]

 Especialização em
Saúde da Família
Universidade Federal de Pelotas

PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS
FICHA ESPELHO

[illegible]

Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____
_____, Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.